FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NÉE 1926 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Léon MAMOUL

né à Tauriac (Lot) le 7 août 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER GASTRIQUE SOUS-CARDIAQUE

Président : M. P. CARNOT, *Professeur.*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15

1926

LE DOYEN . . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGRAVE ..	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN .	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN ..	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHE-TIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale
BUSQUET ..	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie,
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale
DEBRE	Hygiène.
I. DE JONG .	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médic.
FOIX	Pathologie médicale
GARNIER ..	Pathologie expérimentale.
HARVIER....	Pathologie médicale
HEITS-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX ...	Parasitologie.

MM.	
LABBE Henri	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER..	Obstétrique.
LEMAITRE .	Oto-rhino-laryngogie.
LEMIERRE ..	Pathologie médicale
LEVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie médicale
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU....	Pathologie chirurgicale.
METZGER ..	Obstétrique.
MOCQUOT ..	Pathologie chirurgicale.
MONDOR ...	Phathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE ..	Pathologie médicale
RICHET Fils..	Physiologie.
ROUVIERE ..	Anatomie.
TANON	Pathologie médicale
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie
VILLARET ..	Pathologie médicale
WELTER ...	Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT..	Pathologie médicale
GUENIOT ...	Obstétrique

MM.	
RETTERER .	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU..	Clinique chirurgicale.	LŒPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE ..	Clinique médicale	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.	RATHERY ..	Clinique médicale.
		SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . — Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY ..... Stomatologie.
CHAILLAY BERT.... Education physique.
LEDOUX-LEBARD .. Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PERE

et de

Ma MERE

« *O l'amour d'une Mère, Amour que nul n'oublie!* »

(V. HUGO)

A mes FRERES

A mes PARENTS

A mes AMIS

A mon Président de THESE

M. le Professeur P. CARNOT
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hopital Beaujon

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il à bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse

---

A mon MAITRE

M. le Docteur P. LE NOIR
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hopital St-Antoine

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a, en toutes circonstances, dirigé de ses Conseils précieux et éclairés

A mes Maitres dans les Hopitaux

M. le Professeur VAQUEZ
Professeur de clinique Thérapeutique
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Pitié

M. le Professeur JEANSELME
Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hopital St-Louis

A la mémoire du regretté Docteur BERGE
Médecin de l'Hopital Broussais

M. le Professeur P. SEBILEAU
Chirurgien des Hopitaux
Professeur de la Clinique d'oto-Rhino-Laryngologie

M. le Professeur COUVELAIRE
Professeur d'obstetrique (Clinique Beaudeloque)
Accoucheur des Hopitaux

M, le Docteur MORAX
Ophtalmologiste de l'Hopital Lariboisière

M. le Docteur LESNE
Médecin de l'Hopital Trousseau

INTRODUCTION

Le diagnostic de localisation des affections gastro duodenales se heurte en pratique à de nombreuses difficultés. Et il n'est pas jusqu'à des symptômes à distance qui ne puissent contribuer à l'égarer.

Ce retentissement à distance des lesions gastriques est actuellement à l'ordre du jour.

Il doit être bien connu, en raison de son importance pratique et des problèmes de Clinique journalière qu'il peut soulever.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas particulièrement intéressant à l'Hôpital St-Antoine, dans le service de notre Maître, M. le Docteur Le Noir.

Il s'agissait d'un Cancer gastrique sous cardiaque à forme anémique ayant donné lieu alternativement à une symptomalogie duodenale et œsophagienne.

Nous rapporterons d'abord l'observation telle que nous l'avons suivie avec M. le Docteur Le Noir et son interne M. Maurice Bariéty.

Puis, à son propos, nous présenterons quelques considérations qui constitueront notre apport très modeste à cette question.

Mais il importe avant tout que nous définissions bien ce que nous entendons par cancer sous cardiaque.

Sous ce terme nous comprenons *tous les cancers gastriques haut situés sur la petite courbure, la grande cour-*

bure, les faces, intéressant directement ou n'intéressant pas le Cardia, mais toujours développés à son voisinage.

La définition que nous adoptons est très voisine de celle employée par Guérin (1) à propos des ulcères gastriques juxta-cardiaques : « Ulcères dont le champ d'action est limité, en haut par le cardia, en bas par une ligne fictive partant de la petite courbure à 3 cm. environ au dessous du cardia et atteignant la grande courbure à la partie supérieure de sa convexité ».

L'OBSERVATION

(Cette observation a été présentée par MM. le Docteur Le Noir, Barièty et nous même (2) à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance de 7 mai 1926) ;

Observation. — M. S... entre une première fois, en décembre 1908, dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine pour une *colique de plomb* suivie d'une *paralysie saturine* dont il ne reste presque plus de traces au bout de deux ans et demi.

Le 15 *janvier* 1922, à soixante et un ans, il revient pour

une *hématémèse* abondante, de sang rouge, survenue spontanément sans être accompagnée de véritables douleurs.

Quelques jours après, il présente une nouvelle hématémèse suivie de mélœna.

Il revient encore en 1923, en mars 1924, en septembre 1924, toujours pour des hématémèses suivies de mélœna.

Le malade ne se plaint pourtant d'aucun signe digestif : pas de douleurs, tout au plus un peu d'inappétence.

Localement, l'examen physique est négatif. La palpation n'est pas douloureuse. Il n'existe pas de clapotage. On ne sent pas de tumeur.

Un tubage à jeun ne retire pas de liquide résiduel. Après repas d'épreuve, le chimisme est sensiblement normal, avec cependant une légère tendance hypopeptique.

Une *radioscopie,* pratiquée le 13 octobre 1924, montre un estomac orthotonique, en forme de corne de bœuf, hyperkinétique avec évacuation rapide. Le *bulbe duodénal est douloureux à la palpation.*

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Mais, à ce moment (novembre 1924), on est frappé par deux choses :

1° Par la *paleur* du malade .La peau, en effet, est cireuse, les muqueuses sont décolorées, le malade se plaint d'essoufflement et d'une grande faiblesse.

2° Par une *Dysphagie* à type œsophagien. Le malade ne peut boire que par petites gorgées. Il a la sensation

que « ça ne passe pas ». Par moment même il présente des régurgitations à type œsophagien.

L'examen du sang confirme *l'anémie* :

Globules rouges	1.500.000
Globules blancs	18.000
Polynucléaires	71
Grands mononucléaires	12
Moyens mononucléaires	11
Lymphocytes	4
Eosinophiles	2

Anisocytose, poïkylocytose. Pas d'hématies nucléées, ni de cellules primordiales, ni de myélocytes.

Le *temps de saignement est de deux minutes et demi.* La *coagulation* dure neuf minutes trente secondes. Il n'y a ni irrétractilité,, ni redissolution du caillot.

Le taux *d'hémoglobine,* mesuré au Gowers est de 40 p. 100.

La *courbe d'hémolyse* sur globules déplasmatisés montre une très légère fragilité globulaire et surtout un allongement de la courbe d'hémolyse :

H1 = 54 — H2 = 46 — Ht = 22.

Enfin, le sérum du malade hémolyse partiellement les hématies déplasmatisées d'un sujet sain et partiellement aussi les hématies du malade lui-même. Il renferme donc des *hémolysines.*

Un nouvel *examen radioscopique* (6 décembre 1924) montre 1° un *arrêt de la baryte* dans la partie terminale de l'œsophage au niveau du diaphragme.

2° Au bout de dix minutes cependant, le passage se fait dans *l'estomac*. Celui-ci se remplit rapidement. Il apparaît alors vertical, un peu à gauche de la ligne médiane. Son bas-fond siège à un travers de main au-dessous de la ligne bi-iliaque. On ne voit aucune anomalie du contour des courbures.

Bientôt se dessine un *péritaltisme* violent. Les ondes commencent haut, se succèdent à intervalle rapproché et indentent profondément les deux courbures.

L'évacuation est cependant très intermittente, car de nombreuses ondes avortent.

3° Le *bulbe duodénal* ne se remplit pas spontanément d'une façon complète, alors que la deuxième portion est visible.

L'expression manuelle de l'antre permet de voir le *bulbe* qui paraît *nettement déformé*.

La palpation réveille un *point sensible* très net au niveau de la région bulbaire.

Devant ces renseignements, on se rallie à titre d'attente à *l'hypothèse d'ulcère* duodénal ou duodéno-pylorique que semblent justifier la radioscopie (les troubles œsophagiens pouvant ressortir à un spasme à distance), le suintement sanguin discontinu (un Weber et un Meyer sont négatifs le 25 novembre), l'absence d'anorexie vraie, l'amaigrissement peu marqué (3 ou 4 kilogrammes).

En outre, l'idée d'une *néphrite chronique* ne peut être éliminée. Il s'agit, en effet, d'un ancien saturnin, polyurique et hypertendu (18,8 au Vaquez). Il présente quel-

ques petits signes de brightisme (doigt mort, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes).

Si les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, par contre *l'urée sanguine* est à 0.90. L'épreuve de la *phénolsulfonephtaléine* donne une élimination de 20 p. 100 seulement.

Cependant, le taux de la cholestérine est normal, à 1 gr. 50.

Signalons enfin qu'il n'y avait pas d'œdème et que l'examen complet ne révélait rien au poumon, ni au cœur, ni au foie, ni à la rate, ni au système nerveux.

Peu à peu cependant le tableau s'aggrave. L'asthénie s'accentue, empêchant presque la malade de se lever, l'amaigrissement progresse, l'anorexie s'installe complète, et la mort survient brusquement le 25 décembre 1924.

Autopsie. — A l'autopsie, on trouve un *cancer encéphaloïde ulcéré*, large comme une paume de main, siégeant dans la région sous-cardiaque de l'estomac. La tumeur, à bords bourgeonnants, commence à 2 centimètres au-dessous de l'orifice cardiaque. Elle se prolonge sur la petite courbure et les faces de l'estomac, mais respecte presque complètement la grosse tubérosité.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma gastrique atypique.

Il n'existe aucune lésion duodénale ou œsophagienne.

CONCLUSIONS

De cette observation nous tirerons les conclusions suivantes :

1° La forme larvée de ce cancer sous cardiaque — Dans la thèse de notre élève Dumoulin Paris(1924) Nous avons déjà insisté sur les formes larvées œsophagiennes des ulcères juxtu cardiaques — Le cas que nous rapportons confirme cette loi : ils s'agissait d'une forme frustre œsophagienne hémorragique et anémique d'un cancer sous cardiaque.

2°. Les signes radioscopiques ont égaré le diagnostic — on a pu croire (l'examen avait été pratiqué par un radiographe particulièrement qualifié) que *la lésion principale était duodenale,* et que l'arrêt œsophagien était dû à un spasme à distance.

3° La réalité était tout autre : Une lésion gastrique sous cardiaque déterminait à distance deux retentissements visibles à l'écran :

— En haut un spasme œsophagien.

— En bas une déformation du bulbe duodenal

C'est là un nouvel exemple de ces retentissements « à distance » des affections digestives.

Ainsi donc l'on ne saurait trop insister sur les difficultés qu'ils peuvent entraîner non seulement dans l'interprétation chimique des faits, mais même comme ici. dans leur interprétation radiologique.

Tels sont les faits. Ce cas particulièrement instructif nous semble appeler trois ordres de remarques qui constitueront les trois chapitres de ce travail.

1° La fréquence *des formes larvées,* dans les affections ulcéreuses ou cancéreuses de la région sous-cardiaque de l'estomac.

2° La *forme anémique* fréquemment réalisée par ces néoplasmes.

3° Le *retentissement à distance* auquel ils peuvent donner lieu.

I

FORME LARVEE DES AFFECTIONS ULCEREUSES OU CANCEREUSES DE LA REGION SOUS CARDIAQUE DE L'ESTOMAC

Les ulcères et cancers sous cardiaques restent souvent « sans individualité propre (MM. Le Noir et Agasse-Lafont) (3).

Ils donnent fréquemment naissance à des formes larvées, si sous ce nom, on entend avec Dumoulin (4) « Celles où l'on n'observe pas le syndrome typique, mais où les symptômes d'emprunt mettent un masque (larva) sur la physionomie classique de la maladie ».

En effet, il n'est pour ces ulcères ou pour ces cancers qu'une expression clinique « directe » pourrait-on dire le retentissement sur le cardiu.

Mais, très fréquemment, il n'en est rien et l'affection se révèle sous des dehors variables.

Tantôt c'est un sujet d'une cinquantaine d'années qui sans raison appréciable se met à maigrir et à s'affaiblir en même temps que son appétit diminue. L'âge du malade, son amaigrissement progressif, son anorexie élective, la présence d'hémorragies occultes dans les selles, tout fait penser au cancer digestif et cependant toutes les investigations pratiquées dans le but de le localiser restent vaines.

Tantôt c'est un sujet à teint anémique présentant d'abondantes hematèmeses et du mélœna mais chez lequel

on ne peut avoir que des probabilités en faveur d'une affection gastrique.

Parfois encore c'est une métastase hépatique qui semble primitive.

Parfois le malade se présente comme un aérophage telle l'observation rapportée par MM. F. Ramond et Jean Chabrun à la société de gastro-enterologie (5) (8 février 1926) « La pièce anatomique que nous avons l'honneur de présenter à la société de gastrologie est intéressante par son siège, qui est d'une grande rareté, et aussi par le peu de symptômes qu'elle provoqua durant la vie du malade :

« Le cancer est du type encéphaloïde, très végétant, friable, et ses prolongements subissent la fonte purulente, ancérobique en grande partie, d'où sa très grande fétédité. Il occupe tout le fond de la grosse tubérosite, se prolongeant vers le cardia, dont le séparent 3 centimètres environ, et son étendue est environ celle d'une large paume de main.

« A sa partie supérieure, empiétant légérement sur la face antérieure, par conséquent à peu près du centre de la tumeur existe une perforation de diamètre d'une pièce de 1 franc, dont le fond est fermé par le diaphragme épaisse et infiltré par le cancer. Tout autour s'observe une épaisse symphyse péritonéale, qui applique l'extrémité de la rate contre la tumeur. Le cancer se propage à la plevre diaphragmatique et au cul-de-sac Costo-pleural, et à la base du poumon correspondant, fortement adhérent au diaphragme. Le médiastin n'est pas envahi.

Les autres organes, y compris le reste du tube digestif, étaient intacts. Le foie cependant pesait un peu plus de 2 kilos.

« Voici maintenant l'histoire clinique du malade, âgé de 43 ans, et chaudronnier de son métier. Aucun antécédent d'alcoolisme et de syphilis; réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives; pas d'infections antérieures notables, à part la rougeole et la scarlatine dans l'enfance. Il travaillait dans le cuivre, et avalait quelques poussières de ce métal.

« Le début parait remonter en juillet 1925. A ce moment là son appétit diminua légérement, sans disparaître cependant dans les périodes ultérieures. Immédiatement après le repas, il éprouvait une sentation de tension gastrique, surtout costale gauche, suivie de renvois gazeux, inodores les premiers mois, puis nettement fétides, pour lui et pour son entourage. Le tout durait 2 à 3 heures; puis tout semblait rentrer dans l'ordre.

Cependant vers minuit ou une heure, il éprouvait une nouvelle crise d'aérophagie également fétide. qui le tenait éveillé 1 à 2 heures. Pas de hoquet. Exceptionnellement, peut-être 6 à 7 fois dans le cours de la maladie, il éprouva quelques nausées à son réveil, d'ailleurs pas jusqu'au vomissement. Amaigrissement mensuel de 1 kilo.

« Vu l'état de faiblesse à l'entrée à l'hôpital, le chimisme ne fut pas pratiqué. L'examen radiologique, rapidement fait, pour le même motif de faiblesse, ne montra aucune particularité digne d'être notée.

« Au moment de son entrée, et même quelques jours au-

paravant, le malade fut atteint d'une diarrhée fétide, non sanglante, incoercible, incessante, avec 15 à 30 selles quotidiennes, cause de la mort rapide, puisque le malade ne séjourna qu'une quinzaine de jours dans la salle. Il s'agissait d'une de ces diarrhées que l'on observe si communément au cours des cancers infectes du tube digestif. »

Dans d'autres cas enfin, comme nous le reverrons au chapitre de retentissements à distance le malade se présente avec des signes de dyphagie œsophagienne ou avec un syndrome pyloro duodenal.

Quel que soit le masque revêtu dans tous ces cas par le cancer sous cardiaque c'est l'autopsie qui, bien souvent, viendra seule préciser le diagnostic.

Et pièce en main, on est souvent frappé par l'énorme développement de la tumeur et par la discordance qui existe entre son importance anatomique et la pauvreté du syndrome clinique auquel elle a donné naissance.

On ne saurait trop insister sur la difficulté de ce diagnostic et sur les erreurs qu'il risque d'entraîner d'autant que l'examen radioscopique est souvent peu explicite.

Le cancer ou l'ulcère occupent en effet une région haute de la cavité gastrique. La bouillie opaque ne l'imprègne pas quand le sujet est examiné en position verticale. La lesion passe fréquemment inaperçue au niveau de la poche à air gastrique.

Il faut dans ces cas avoir soins de faire coucher le malade et de l'examiner en décubitus. On peut aussi avoir chance de préciser dans quelques cas une image lacunaire ou diverticulaire.

II

FORME ANEMIQUE

Au milieu des différents types qu'est susceptible d'em prunter le cancer sous-cardiaque nous insisterons sur la forme anémique.

Sans doute l'anémie est-elle un symptome banal du cancer.

Tôt ou tard elle apparait dans leur évolution. Mais on réserve le nom aux cas où l'anémie constitue un symptômes dominant par sa précocité et par son importance.

Le malade que nous avons observé rentrait absolument dans ce cas.

Il était d'une pâleur extrême qui frappait au premier abord, ses téguments étaient cireux, ses lèvres et ses muqueuses décolorées.

Une telle anémie bien étudiée jadis par le Professeur Hayem (6) reconnait des pathogenies variables.

Tantôt c'est un suintement sanguin continu ou des hémorragies abondantes qui amènent le malade à un tel état de déglobulisation

Tantôt — à titre exceptionnel — c'est une métastase cancéreuse dans la moëlle des os.

En plus de l'anémie on observe alors des hémoragies, de la splénomégalie, des douleurs osseuses.

Enfin, dans nombre de cas — ainsi que l'indique le Prof. Hayem — Cette anémie reconnait une origine to-

xique ou toxi infectieuse dont le point de départ est la tumeur cancereuse elle-même.

Cliniquement cette anémie peut revêtir tous les degrés et parvenir à un état grave dont les signes secondaires retiendront l'attention du malade et du médecin. — Poussée en effet à un degré suffisant elle donne lieu à de l'asthénie, des vertiges, des palpitations, des bourdonnements d'oreilles.

Dans tous les cas l'examen hematologique est indispensable pour préciser le taux de la déglobulisation et la forme devant laquelle on se trouve.

Le taux des globules rouges tombe en effet au-dessous de 2 millions.

Parfois s'observent les chiffres de 800.000 ou même de 500.000. Comme dans les anémies pernicieuses les plus sévères.

Notre malade avait 1.500.000 hématies avec anisocytose et poïkilocytose.

Dans certains cas il s'agit d'une forme plastique ainsi qu'en fait foi la présence d'hematies nuclées, de cellules primordiales, de myélocytes.

Mais bien souvent il s'agit d'une forme aplastique ou hypoplastique. Notre malade répondait à ce type. Mais comme la diminution de l'hémoglobine n'est pas parallèle à celle des hematies, il est possible de trouver une résistance globulaire un peu supérieure à la normale. Dans notre observation elle était de 1.33.

Le temps de saignement et la coagulation étaient sensiblement normaux. Mais il existait une légère fragilité et un allongement de la courbe d'hémolyse. Comme il

est habituel de le constater dans beaucoup d'anémies aplastiques ou hypoplastiques.

Enfin nous signalerons la présence d'hémolysines dans le serum ce qui peut, peut-être, expliquer en partie l'anémie.

Si telles sont les modifications présentées pour les globules rouges, les globules blancs sont souvent augmentés de nombre — Cette leucolytose est habituellement à type polynucléaire. — L'existence de cette polynucléose peut dans certaines formes légérement fébriles soulever une difficulté diagnostique avec une Perigastrite. —

Jean Decressac (7) dans sa thèse sur « les Perigastrites antérieures suppurées dans le cancer de l'estomac » s'exprime ainsi :

« Nous savons que dans les tumeurs quelles qu'elles soient l'hyperleucocytose avec polynucléose est notée comme un signe banal, quoiqu'à un taux peut-être moins élevé. Il est donc difficile devant un cancer connu de lui attribuer un début d'infection locale. »

Mais comme le dit Decressac lui-même, la leucocytose est à un taux plus élevé dans les Perigastrites. En outre les autres signes de la complication : fièvre plus élevée et oscillante, douleur locale, empâtement péritonéale autour de la lésion gastrique.

III

RETENTISSEMENT A DISTANCE

Si les signes locaux des cancers sous cardiaques sont donc, comme nous venons de le voir, extrémement peu explicites, des signes à distance peuvent par contre être provoqués par eux et fournir ainsi les plus grandes difficultés de diagnostic.

C'est une grande loi de pathologie digestive — et dont de plus en plus on vérifie la vérité — qu'une lésion anatomiquement locale ne l'est pas fonctionnellement. — Il existe en effet une véritable synergie fonctionnelle entre les différents étages du tratus digestif.

L'atteinte de l'un retentit fréquemment sur l'autre. Il en résulte une intrication symptomatique qu'il convient de débrouiller pour rendre le premier rang au principal exécutant de ce concert pathologique.

Pour n'en citer qu'un exemple, on connait les appendicites chroniques qui peuvent se présenter comme une colopathie, ou comme une affection gastrique ou duodenale.

L'on ne saurait s'étonner d'observer le retentissement à distance dans un cancer sous cardiaque. Ayant peu de signes qui lui soient propres il se traduit par des signes à distance quand il ne reste pas latent. La plupart du temps il s'agit d'un retentissement œsophagien.

FORME ŒSOPHAGIENNE DU CANCER SOUS CARDIAQUE

La forme œsophagienne du cancer gastrique est connue depuis longtemps.

Dès 1885 Peter relate le spasme œsophagien au cours d'une gastrite chronique.

En 1895, Schrameck (8) publie sa thèse sur « le spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac »

En 1922, Soupault (9) présente à la Société médicale des hôpitaux de Paris trois observations de syndrômes œsophagiens au cours de rétractions atrophiques de l'estomac.

Le Prof. Chauffard (10) en 1904, Gaillard en 1906 notent à leur tour la possibilité de retentissement œsophagien au cours du cancer gastrique.

En 1908, Berthier (11), dans sa thèse, écrit : « C'est surtout au cours du cancer de l'estomac qu'on aura l'occasion d'observer ce spasme œsophagien symptomatique. — Il se produira évidemment plus volontiers lorsque la tumeur siègera dans le voisinage immédiat que lorsqu'elle siègera éloignée et sera développée dans la région pylorique par exemple. »

Plus près de nous en 1911, Gaisez (12) confirme le retentissement fréquent.

Dans le numéro de la Wiener Klinische Wochenschrift du 13 décembre 1923, le Prof. Hermann Schlesin-

ger de Vienne (13) constate que le cancer gastrique, même éloigné du cardia, peut présenter longtemps, comme signe unique, un spasme œsophagien passager.

D'autres cas sont cités dans les thèses de Jacquier-Brêt (14), Rousseau (15), Mlle Trechtchenkow (16), de Mlle Landermann (17), de Michel (18).

Enfin, tout récemment (1925) cette forme œsophagienne des cancers gastriques a fait l'objet de la thèse de Jupin (19), inspirée par le Docteur Parmentier.

Dans tous ces cancers du point de vue clinique c'est la dysphagie qui domine la scène.

Tantôt on est en face d'un malade qui, sans antécédent gastrique antérieur, vient consulter pour une difficulté à la déglutition. L'examen radioscopique montre en effet, un arrêt de la bouillie opaque soit au 1/3 inférieur, au niveau de la traversée diaphragmatique. Cependant l'examen œsophagoscopique révèle une muqueuse saine. Et le pronostic d'attente de cardiopasme est porté.

Dans certains cas ce sphasme œsophagien est intermittent, incomplet, capricieux.

Il s'accompagne de régurgitations alimentaires mélées de salive, survenant bientôt, peu après l'ingestion: mais il disparait bientôt, pour reparaître d'ailleurs à intervalles irréguliers. Tantôt au contraire le sphasme est intense, prolongé ou permanent. Il s'accompagne d'un syndrôme œsophagien inférieur plus ou moins typique (troubles de la déglutition pour les solides d'abord, puis pour les liquides, avec sensation d'étranglement ou d'obstacle derrière le sternum).

L'amaigrissement, la deshydratation et la cachexie qui ne tardent pas à s'installer en impose pour un néoplasme et cependant, là encore, l'examen œsophagoscopique reste négatif.

On voit donc quelles difficultés de diagnostic peuvent survenir. — Dans quelques cas heureux l'examen radioscopique de l'estomac montrera des signes haut situés. — Mais bien souvent c'est seulement à l'intervention chirurgicale ou à l'autopsie que la localisation sera reconnue.

Dans notre observation le symptôme œsophagien n'était apparu qu'un mois avant l'issue fatale.

Ce retentissement œsophagien des cancers sous cardiaques n'est pas rare, nous en citerons ici quelques cas que nous avons pu relever dans la littérature médicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Empruntée au mémoire de Soupault dans le bulletin de la Société médicale des hôpitaux du* 27 *juin* 1902)

Femme de 56 ans. Présente des vomissements œsophagiens, est cachectique, ne peut plus tolérer aucun aliment. La sonde pénètre cependant à 53 centimètres des arcades dentaires. A l'autopsie, on constate un estomac petit, formant une masse située à la partie supérieure du creux épigastrique. Les parois sont très épaisses, selerosées, la cavité est très réduite. Il y a cancer infiltré de l'estomac, la lésion occupant le viscère du cardia au pylore. La cavité de l'estomac est très petite, les parois sont presque accolées l'une à l'autre. La surface interne est mamelonnée de nodosites peu saillantes, l'œsophage est perméable. Le cardia est béant.

OBSERVATION II

(*Empruntée au mémoire de Soupault dans le Bulletin de la Société médicale des hôpitaux du* 27 *juin* 1902)

Femme de 42 ans. Depuis l'âge de 12 ans a des vomissements, sans cause, ou pour des causes futiles. Depuis un an, changement de scène : crampes d'estomac, aigreurs, renvois gazeux, vomissements, état général mauvais, appétit qui disparait et amaigrissement. Depuis cinq semaine, la malade présente de la dysphagie; la malade demande à entrer

à l'hôpital. Elle ne peut avaler aucune nourriture. Les troubles dysphagiques sont des plus nets. Les aliments sont arrêtés, elle ressent une barre transversale, présente de la salivation. Les liquides, de même, ne peuvent plus passer, sauf par petite gorgées. Le cathetérisme œsophagien est facile. Le malade meurt dans la cachexie. A l'autopsie : estomac petit, rétracté, infiltration cancereuse, contenant à peine un demi-verre. Œsophage sain, cardia perméable.

OBSERVATION III

(*Empruntée au mémoire de Soupault dans le Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux du* 27 *juin* 1922).

Homme de 63 ans. Pris de douleurs vives en mai 1899, a une sensation de serrement, sans horaire fixe. La santé continue bonne jusqu'en décembre 1901. A cette époque, digestions difficiles, un mois après présente des troubles de la déglutition. En avalant, il a une sensation d'arrêt au niveau de l'œsophage. Les solides sont rejetés, puis, de loin en loin les liquides. Le cathétérisme montre un œsophage perméable, mais, à partir de ce moment, la dysphagie est devenue absolue pour les solides et les liquides. Le malade maigrit de 10 kilos en 8 jours. L'examen de la région épigastrique est négatif. Le catheterisme, vingt fois pratiqué, est normal, on pousse la soude à cinquante centimes des dents.

Pour soulager le malade, on le confie au chirurgien, M. Hartmann, qui fait une laparotomie exploratrice. Il trouve : un estomac tout petit, retracté à la partie supérieure de l'épigastre du volume du poing à peine. Il était couvert de nodosités du volume d'un pois à une noix occupant toute

son étendue du cardia au pylore. Le péritoine était envahi par des productions cancéreuses dont on relevait aussi la présence sur l'intestin. Le ventre fut refermé sans qu'on tentat aucune opération.

OBSERVATION IV

(*Empruntée à la thèse de Jacquier-Brêt, Lyon* 1909)

Homme, de 53 ans dont la santé décline rapidement depuis huit mois. Douleurs épigatriques. Digestions difficiles. Anorexie. Amaigrissement. Les troubles se sont accentués les deux derniers mois : regurgitations incessantes dès qu'il cherche à s'alimenter avec des mets non liquides; seuls ceux-ci passent quoique avec difficulté. Les regurgitations se produisent une demi-heure après la déglutition. Jamais de grands vomissements. Le 14 août 1906, Laparotomie sus ombilicale, estomac atteint de cancer dans toute la coupe. Lésion annulaire et, vis-à-vis d'elle infiltration du petit épiplon. Il persiste deux zônes saines de l'estomac : l'une au dessous du cardia et qui a quelques centimètres à peine; l'autre dans la région pylorique où l'antre pylorique tout entier est indemne. Le cancer divise l'estomac en deux cavités séparées par un rétrécissement cylindrique et donne à l'organe une vague forme biloculaire.

Gastrostomie, antre pylorique fixé à la paroi. Amélioration immédiate; le lendemain, le malade avale du liquide par la bouche, pius par l'orifice stomacal continent jusqu'à la mort fin octobre 1906.

OBSERVATION V

(*Empruntée à la Thèse de Jacquier-Brêt, Lyon* 1909).

Homme, de 66 ans. Entre le 25 octobre 1906. Bien portant ordinairement, il décline depuis 6 mois et est dans l'inanition du dernier degré. Anorexie complète, vomissements incessants se reproduisant quelques minutes après l'ingestion des aliments. Le malade refuse pendant trois mois l'opération. Laparotomie : gros néoplasme du grand cul-de-sac, laissant libre le cardia et deux ou trois centimètres de l'estomac au-dessous du cardia. Gastrostomie, grande amélioration, deux mois après a repris 4 kilos. Meurt en 1907, six mois après l'opération.

OBSERVATION VI

(*Empruntée à la thèse de Jacquin-Brêt, Lyon* 1909)

Homme de 58 ans. Malade depuis six mois, à commencé par maigrir beaucoup et à perdre l'appétit. Depuis trois mois les aliments, même liquides, ont de la peine à descendre. Quelques minutes après la déglutition, il se produit un rejet de grandes quantités de glairs. A la radioscopie, on voit le cachet de bismuth s'arrêter nettement au voisinage du cardia. La cachexie est avancée. Pas de tumeur palpable.

Laparotomie sus-ombilicale le 29 juillet 1908. Cancer de l'estomac situé sur la petite courbure près du cardia et ayant envahi les deux faces. La tumeur est fixée de tous cotés et l'on se borne à pratiquer une gastrostomie guérison opératoire survie de 4 mois.

OBSERVATION VII

(*Empruntée à la thèse de Rousseau, Paris* 1911).

Homme de 50 ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1904, se plaignant d'une difficulté croissante à avaler ses aliments. Début mai 1903. A la deuxième bouchée du repas, sensation de striction, de brûlure à la base du cou; cette bouchée rejetée, le repas continue sans incident. Fin mai et juin 1903, les troubles de la déglutition sont aggravés, celle-ci devient de plus en plus pénible. Le bol alimentaire est rejeté accompagné de mucus, puis de vrai vomissements. En octobre 1903 entre à l'hôpital. A maigri de 3 kilos depuis le mois de mai. Le diagnostic de redressement organique de l'œsophage, avec redressement serré, mais franchissable au 1/3 inférieur, est porté. Pas de diminution de l'appétit, pas de dégoût des viandes, pas de vomissements gastrique, pas d'hématémèse, pas de melœnu constaté.

En mars 1904, le malade est très amaigri, il a un teint pâle, blafard. Dans l'angle formé par le muscle grand droit et le rebord costal, on sent une résistence profonde, une masse très difficile à délimiter, non douloureuse à la pression. Le foie est normal. L'état général baisse rapidement. Mort le 14 août, dans la cachexie, 15 mois après le début des accidents.

Autopsie : Cancer végétant de la petite courbure n'atteignant pas le cardia. Estomac petit rétracté, ganglions cancéreux de la chaîne coronaire et de la chaîne préaortique, ces derniers, entourant l'aorte en virole, fixant la masse à la face antérieure du rocher.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à la thèse de Michel, Lyon 1919).

Duf... âgé de 64 ans, cantonnier, entre dans le service de M. Devic, le 7 avril 1919, pour « Dysphagie ».

Dans ses antécédents, on relève quelques signes de tuberculose (abcès froids, adénite) et un peu d'éthylisme.

La maladie actuelle aurait débuté, il y a quelques mois, par une grosse diminution de l'appétit et une constipation opiniâtre. Mais les troubles dysphagiques remontent à 3 mois et se manifestent par une grosse difficulté pour avaler certains aliments, surtout le pain. Le malade explique que, dès la première bouchée, il sent un arrêt qu'il localise derrière le sternum, arrêt suivi, souvent, quelques minutes après, du rejet de l'aliment dégluti au milieu d'une salive abondante. Il précise que ces vomissements ne portent jamais sur des aliments digérés. Il lui arrive de garder plusieures heures cette impression d'arrêt qui ne cesse qu'avec la regurgitation. Dans l'intervalle des repas, rejet fréquent et abondant de glaires, dans lesquelles le malade n'a jamais constaté de sang.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un malade amaigri qui dit avoir perdu 15 kilos depuis le début de ses troubles gastriques. Teint jaune paille. Asthénie très marquée. Œdème des jambes après la marche. La langue est saburrale. L'examen de l'abdomen n'offre que des symptômes négatifs, palpation complètement indolore, aucune masse au creux épigastrique. Petits ganglions durs dans les aisselles et les régions inguinales.

Le 9 avril, la radiographie montre que le bismuth s'accumule au-dessus du cardia au niveau duquel il s'arrête un certain temps; nombreux mouvements antipéristaltiques. Au bout de quelques minutes, la bouillie descend dans l'estomac

assez rapidement. Ce dernier présente une lacune extrêmement bien délimitée au niveau de la petite courbure dans la partie voisine du cardia.

Le 10 avril, nouvel examen. Après ingestion d'une bouillie bismuthée, le spasme du cardia a, à peu près complètement disparu. Il reste seulement quelques traces de bismuth et pendant très peu de temps, une demi-minute environ, au dessus du cardia.L'image gastrique est sensiblement la même que celle notée hier. L'estomac, dans ses régions prépyloriques et pyloriques, est animé de contractions énergiques.

Le 12 avril, troisième examen radioscopique. Même image que la première fois : le bismuth arrêté au cardia avec mouvements antiperistaltiques intenses. La bouillie passe par intermittence dans l'estomac, en quelque sorte par jets.

Le 21 avril, cliniquement, le malade se sent mieux, il mange plusieurs petits potages par jour, ne vomit plus.

OBSERVATION IX

(*Empruntée à la thèse de Michel, Lyon* 1919).

Val..., âgé de 66 ans, domestique, entre dans le service de M. Devic, le 12 mars 1919, pour « vomissements ». En dehors d'un éthylisme très marqué, rien d'intéressant à noter dans ses antécédents. La maladie actuelle remonte à un an environ.

A cette époque, après avoir mangé, le malade ressentait une sensation de corps étranger au niveau du sternum, sensation qui disparaissait par l'ingestion d'un verre d'eau. Il avait un peu maigri et perdu ses forces, mais l'état général se maintenait encore bon.

C'est au mois de janvier 1919 que la maladie s'aggrava et que les signes devinrent caractéristiques. Immédiatement après avoir mangé sa soupe, le malade était obligé de se lever de table pour rendre ce qu'il venait d'ingérer, indifféremment solides et liquides, et cela quotidiennement, après chacun des repas. Il y a une quinzaine, ces vomissements se sont considérablement espacés et le malade n'en a eus que deux ou trois après avoir avalé du pain mal mastiqué. Jamais il n'a eu de grands vomissements à jeun le matin ou dans l'intervalle des repas.

Jamais d'hématèmèse, ni de melœna. A l'entrée le malade se plaint seulement de pesanteur épigastrique, immédiatement après le repas. L'appétit subsiste diminué. L'amaigrissement est considérable, les forces se sont évanouies, lui rendant tout effort impossible. Teint jaune. L'abdomen est rétracté, le creux épigastrique sensible, mais l'exploration en est négative, on ne voit pas de voussure,on ne sent pas de tumeur.

Le 15 mai 1919, le malade, vu à la radioscopie, donne les résultats suivants :

Le bismuth s'accumule dans l'œsophage, arrêté au niveau du cardia. L'œsophage n'est pas sensiblement dilaté, il ne se vide que lentement, un peu de bismuth persistant encore au niveau du cardia dix minutes après l'ingestion. Quant à l'image gastrique, elle indique une cavité stomacale très réduite de volume par un gros néoplasme à peu près généralisé à tout le viscère.

Le 18 mars, on note que le malade n'a présenté, depuis son entrée, des vomissements qu'à trois reprises. A signaler aussi de temps à autre des regurgitations purement salivaires et, subjectivement, quelques douleurs epigastriques peu violentes.

Le 20 mars, la laparotomie est faite par le docteur Deloré, qui trouve un énorme cancer gastrique occupant presque

tout l'estomac et remontant très haut près du cardia. Devant l'impossibilité de faire une anastomose, on arrête là l'intervention.

Le 28 mars, le malade n'a pas vomis depuis son opération, se sentant très amélioré, il demande à sortir.

OBSERVATION X

(*Empruntée à la thèse de Michel, Lyon* 1919).

Viv..., âgé de 75 ans, tisseur, entre dans le service de M. Devic, le 23 juin 1914, pour « Troubles digestifs consistant surtout dans une gêne à la déglutition des aliments et une forte constipation ». Dans ses antécédents, on relève la syphilis et plusieurs blennoragies dont les séquelles subsistent encore sous forme d'un rétrécissement de l'urèthre.

Pas d'éthylisme marqué.

Les troubles actuels auraient débuté, il y a deux mois, par de la constipation, de la perte d'appétit, du dégout des aliments et surtout de la dysphagie.

Les aliments descendaient difficilement : ayant la sensation de l'aliment qui ne passe pas, il arrivait souvent au malade de rejeter immédiatement ce qu'il venait d'ingérer. Le pain, la viande ne cheminent que très péniblement. Aussi Viv... se nourrit-il seulement de potage et de lait. L'amaigrissement et l'asthénie sont très grands.

Le malade n'a jamais eu de vomissements ni alimentaires. ni sanglants, et il ne signale que des regurgitations survenant surtout après l'ingestion d'aliments solides. Augmentation de la salivation. Pas de sang macroscopiquement, mais un Weber positif à deux reprises dans les fèces.

A l'examen, l'abdomen, qui est trop souple, ne révèle rien

à la palpation en dehors d'un peu de sensibilité dans le creux épigastrique, à gauche de la ligne médiane.

Le 27 juin, à la radioscopie, à jeun, rien à signaler. Deux cachets de bismuth successivement avalés sont arrêtés quelques instants au niveau de la bouche œsophagienne, puis au niveau du cardia qui les retient bien plus longtemps. La bouillie qui est ensuite ingérée passe très bien au niveau de la bouche œsophagienne, mais, au niveau du cardia, il semble y avoir plutôt filtration que descente physiologique.

En effet, une fois toute la soupe absorbée l'œsophage apparait légérement distendu dans ses deux tiers inférieurs. L'estomac, qui s'emplit lentement, est presque tout entier à gauche de la ligne médiane, son bas fond est à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il présente une lacune au niveau de la petite courbure dans sa partie supérieure, et une autre lacune au niveau de bas fond.

Le 27 juin, on note à nouveau : « spasme du cardia avec stase de la bouillie dans l'œsophage. Estomac petit. Lacunes de la partie supérieure de la petite courbure et des bas fond. » Le malade sort le 1er juillet, ayant refusé l'intervention.

OBSERVATION XI

(*Empruntée à la thèse de Jupin. Paris* 1925).

Mme R. (Julie) âgée de 34 ans, est venue consulter le 18 octobre 1924, pour sensation d'étouffement dès l'ingestion des aliments et vomissements immédiats en fusée.

Le 23 octobre, elle entre à l'Hôtel Dieu dans le service du docteur Parmentier. Depuis un an, elle a la sensation de

pesanteur gastrique après les repas. Puis des troubles plus nets ont apparu d'une manière progressive, sans que la malade ait à ce moment des contrariétés ou des ennuis particuliers. C'est depuis six mois que, petit à petit, la malade ressent une sensation d'étouffement aussitôt après l'injection des aliments, avec impression d'arrêt derrière l'appendice xiphoïde. Ces arrêts de dyphagie surviennent alors, par crises nettes en dehors desquelles l'ingestion des aliments est normale. Lors de l'accès, tout peu rentrer spontanément dans l'ordre, ou bien un vomissement plus ou moins glaireux met fin aux malaises. Les aliments solides et absorbés rapidement sont d'abords seuls arrêtés, puis les liquides eux-mêmes produisent cette sensation d'arrêt momentané pour passer ensuite, petit à petit. Si, au moment de l'arrêt, la malade absorbe une gorgée d'eau, elle rend aussitôt les aliments ingérés mélés à des glaires et à un liquide filant, sans goût, acide ou amer. C'est pourquoi la malade supprime volontairement les boissons aux repas. Dans l'intervalle, les liquides passent lentement, après sensation d'arrêt.

Ces troubles, qui survenaient par crises, apparaissent plus tard d'une manière plus continue. La malade n'a jamais présenté d'hématémèse ni de melœna. Elle n'a pas de douleurs gastriques ni abdominales. Elle présente un amaigrissement très marqué (16 kilos).

Examen radioscopique pratiqué le 21 octobre 1924 par le docteur Maingot : Six heures après un repas opaque de sulfate de baryum occupe le siège habituel, fin de l'iléon, cœcum, colon ascendant. Uu paquet opaque pris debout derrière l'écran tombe jusqu'au diaphragme, s'arrête, est déformé par des contractions qui, de temps en temps, le font remonter, se fragmente et passe par très petits morceaux dans l'estomac.

Le reste ou paquet demeure au diaphragme malgré la dé-

glutition d'une gorgée d'eau. L'ingestion d'un lait baryté montre que le bas de l'œsophage est dilaté.

Deuxième examen radioscopique pratiqué le 11 novembre 1924 par le docteur Maingot. Un paquet opaque, pris debout, derrière l'écran, tombe au diaphragme, s'arrête et demeure malgré la déglutition d'une gorgée d'eau. Des contractions du bas de l'œsophage font monter et descendre le paquet, le mouvement atteint une amplitude de 10 centimètres. Vingt à vingt-cinq minutes après l'ingestion du cachet, la situation est encore la même. Un cliché fait trente à quarante minutes après l'ingestion du cachet donne la même image.

Le 14 novembre, la sonde est arrêtée au même point et ramène un peu de baryte ingérée 3 jours auparavant.

Le 21 novembre, la malade est opérée dans le service du Professeur Hartmann : Laparotomie, cancer de la petite courbure envahissant le cardia, gastrostomie, coeliotomie exploratrice.

Après cette opération, la malade a ressenti quelque amélioration, crises d'étouffement moins marquée, elle peut ingérer un peu de bouillon. Mais, bientôt tous les troubles ont repris leur degré maximum et, actuellement l'alimentation n'est possible que grâce à sa bouche stomacale. Elle continue à vomir des matières glaireuses et sanguinolentes.

Guérison opératoire — La malade meurt peu à près — autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XII

(*Empruntée à la thèse de Jupin, Paris* 1925).

M. D... (Marius), âgé de 51 ans, employé de chemin de fer, entre dans le service le 21 avril 1925, envoyé par le docteur

Bergeret, parce que les aliments ne passent plus et qu'il souffre de l'estomac.

Le malade, bien portant jusqu'il y a un an, a présenté à cette époque des douleurs abdominales, analogues à des coliques; commençant dans l'hypochondre gauche, remontant vers l'épigastre et irradiant un peu dans le dos. Ces douleurs à peu près continuelles, légèrement calmées par le décubitus dorsal, présentant des paroxysmes aussitôt après les repas, jusqu'à deux heures après, durent depuis deux mois.

Le malade, à la suite d'un régime comportant peu de liquide, voit ses douleurs s'atténuer peu à peu; mais le malade n'a plus d'appétit. « Il doit se mettre à table sans faim parce que c'est l'heure. » De plus, il maigrit. Il y a trois semaines, les douleurs reprennent notre malade brusquement aussitôt après le repas : elles sont comparés à une pesanteur avec un point douloureux sur le côté gauche du thorax.

Les aliments ne passent plus que très lentement donnant la sensation au malade — d'un arrêt dans l'œsophage — Les aliments liquides ou pâteux passent plus facilement. Bientôt l'ingestion de liquides provoquent des regurgitations.

A son entrée, l'examen physique montre un ventre ballonné avec une circulation veineuse assez apparente.

L'examen radioscopique pratiqué le 22 avril 1925 montre qu'a l'ingestion de la bouillie opaque, l'œsophage se distend considérablement sur toute sa longueur. Le passage par le cardia se fait lentement par un mince filet — Une heure après le repas opaque il reste encore de la baryte dans l'œsophage. Les conclusions tirée de cet examen radioscopique sont : « stenose serrée du cardia ».

La laparotomie pratiquée par le docteur Bergeret montre une carcinose péritonéale généralisée — un cancer de la petite courbure envahissant les parois de l'estomac et le cardia — on referme la paroi.

OBSERVATION XIII

(Empruntée à la thèse de Jupin, Paris 1925).

Mme D..., 36 ans, cantinière entre dans le service du docteur Parmentier pour amaigrissement considérable (27 kilos depuis un an). Soumise à un régime sévère par son médecin — qui la traite pour un ulcus gastrique — Ce traitement ne procure aucune amélioration.

En juillet 1924, les aliments ingérés ne passent plus — ils sont arrêtés et rejetés, avec un liquide glaireux, non acide. La malade accuse une sensation d'arrêt et de constriction et des nausées. Les aliments solides produisent seuls ces phénomènes dysphagiques.

Le 16 juillet 1924, on examine la malade à la radioscopie et on fait le diagnostic de rétrécissement du cardia — on fait des dilatations avec des sondes olivaires, qui ne procurent à la malade aucune amélioration.

Le 4 octobre 1924, la malade entre dans le service du docteur Parmentier — On pratique un nouvel examen radioscopique le 7 octobre : un paquet opaque ingéré laisse en passant un résidu dans la gouttière pharyngo-laryngienne puis tombe au voisinage du diaphragme, et s'arrête dans une dilatation située à 2 centimètres au-dessus du diaphragme. Pas de lacunes visibles.

Le bas de l'œsophage s'effile en fuseau, mais les phénomènes de dysphagie s'étant accentué on pratique un uouvel examen radioscopique le 25 novembre 1924 et donne les résultats suivants : « Le médiastin postérieur est assombri à la bifurcation de la trachée — Un paquet opaque descend dans l'œsophage, remonte, redescend, et demeure, malgré la déglutition d'une gorgée d'eau. Le paquet baryte est en partie passé dans l'estomac un quart d'heure après son in-

gestion — le repas opaque ne remplit pas suffisamment l'estomac pour qu'il soit possible de la décrire — Les contractions pyloriques sont extrêmement rapides — L'estomac est petit; les contours sont irréguliers, du sulfate de baryte reste retenu par places dans la cavité au voisinage du cardia, comme s'il y avait des saillies lacunaires ».

La malade meurt environ trois semaines après, sans qu'on ait pu pratiquer ni intervention ni vérification anatomique.

FORME DUODENALE DU CANCER SOUS CARDIAQUE

Si le retentissement œsophagien est le plus fréquemmennt constaté au cours du cancer gastrique sous cardiaque il n'est pourtant pas le seul. Et notre observation montre que des signes duodenaux peuvent être provoqués par le même cancer.

Nous insistons sur le fait que les signes duodénaux que nous avons constatés étaient des signes radiologiques, et qu'ils avaient été retrouvés à deux examens effectués à distance par deux radiologistes différents et particulièrement qualifiés.

Le premier notait un estomac orthotonique, hyperkinétique, à évacuation rapide, avec bulbe duodenal douloureux à la palpation.

Un mois après, le second voyait un estomac animé d'un penistaltisme violent, un bulbe duodenal ne se remplissant pas spontanément d'une façon complète, sensible à la palpation, et nettement déformé après expression manuelle.

On ne saurait trop retenir l'attention sur ces images radiologiques fallacieuses.

On admet très facilement en effet qu'une lésion du tractus digestif peut provoquer un retentissement fonctionnel à distance. Mais on croirait communément trouver dans l'exploration radiologique un moyen de trancher ces cas litigieux — on voit qu'il n'en est rien, et que ce retentissement à distance peut déterminer sous écran des modifications de l'image radioscopique capable d'induire en erreur.

C'est là un point sur lequel notre maitre M. le docteur Le Noir insiste fréquemment dans son enseignement. Et l'on voit, en généralisant cette notion du retentissement à distance dans les affections digestives, tout l'intérêt pratique qui en découle pour le diagnostic de localisation et toutes

les erreurs que sa méconnaissance risquerait d'entraîner tant pour le clinicien que pour le radiologiste.

L'existence de ces retentissements à distance pose un double problème qu'il nous reste maintenant à envisager :

1° Leur pathogenie

2° Les moyens de les dianostiquer et de les différencier d'une lésion véritablement organique.

Pathogénie des retentissements à distance

Deux théories se proposent d'expliquer ces retentissements à distance :

a) une théorie nerveuse reflexe :

b) une théorie toxique

A *Théorie nerveuse reflexe*

On sait que certains auteurs, à la suite des travaux d'Eppinger et de Hess divisent les malades gastriques en vagotinques et sympathicotoniques.

Le syndrôme vagotonique se caractériserait par du myosis, une salivation exagérée, un ralentissement du cœur, une hypersécrétion gastrique avec hyperchlorhydrie et hypertonicite.

Le syndrome sympathicotonique se traduirait par de la mydriase, une diminution de la sécrétion salivaire, l'accélération du cœur, l'insuffisance de la motilité et de la sécrétion gastrique.

Sans entrer ici dans la discussion de ces syndromes un peu schématiques peut-être, nous nous bornerons à repro-

duire cette page où MM. Loeper et Forestier (20) expliquent l'importance des lésions nerveuses du pneumogastrique et le cardiospasme recurrent dans le cancer de l'estomac « Le néoplasme est susceptible de comprimer, de détruire ou d'exciter les radicules nerveux et même des troncs importants du nerf vague, et de réaliser des troubles moteurs analogues à ceux qui détermine l'inflammation d'un ulcère ou le couteau du chirurgien. La plupart de ces symptômes moteur occupent la région médiogastrique ou la région pylorique. Mais il n'est pas impossible qu'ils aient aussi pour siège le cardia. Le phénomène est plus rare. Il est inconnu dans le domaine expérimental, mais il n'est pas absolument nouveau en pathologie gastrique, et les constations faites dépassent déjà le domaine des hypothèses. Heyrowski, Krauss et Paltauf ont publié quelques cas d'alcus pylorique ou prépylorique accompagnés de spasme cardiaque si marqué qu'un de ces cas au moins nécessita la gastronomie. L'un de nous fit voir dans un cas de ces ulcus gastriques à manifestations à distance, que l'on peut appeler rétrogrades, des lésions importantes des radicules nerveux du vague.

« Ce qui s'est dit de l'ulcus peut et doit se dire du *cancer*. Avec une moindre fréquence, il faut l'avouer, car le cancer est moins irritant, moins excitant que l'ulcus. Mais à l'inflammation nevritique qu'il peut engendrer s'ajoute la propagation du néoplasme dans les gaines nerveuses, que nous avons indiquée et discutée plus haut.

« Et nous croyons pouvoir conclure que le spasme du cardia prend place à côté des autres signes d'irritation du vague, par quoi s'accuse, dans certains cas, le cancer de la petite courbure; que le spasme suffit souvent à caractériser la forme *sous cardiaque* ou pseudo-œsophagienne et que son substratum physiologique peut résider dans les lésions névritiques des radicules du vague ou dans les lésions névri-

tiques des radicules du vague ou dans la cancérisation progressive et ascendante de ses radicules ».

Mais on sait que pour certains auteurs il s'agirait non pas d'un cardiospasme proprement dit, où le pneumogastrique et le symphatique mêleraient leur action réciproque, mais un phrenospasme, c'est-à-dire un spasme diaphragmatique.

Plusieurs auteurs en effet (Guises (21), Dufourmentel (22), Saignon (23), Chevaillier Jackson (24), Ramond, Boniers et Jacquelin (25) admettent que le cardia classique, limite histologique entre l'estomac et l'œsophage, n'est pas le véritable sphincter aéso-phago-gastrique. Celui-ci siègerait 2 à 3 centimètres plus haut, au niveau du diaphragme.

B *Théorie toxinique tumorale*

La théorie nerveuse reflexe n'est pas la seule invoquée. Dans l'article que nous avons déjà cité Schlesinger (13) après avoir déclaré « vraisemblable » l'origine nerveuse réflexe par excitation du pneumogastrique, émet une autre hypothèse. « Il est possible, dit-il que des actions toxiniques jouent un rôle ».

Quoiqu'il en soit nous n'avons pas à trancher dans cette discussion pathogénique.

Quelques explications qu'on en fournisse le fait clinique existe.

DIAGNOSTIC DES CANCERS SOUS CARDIAQUES

Nous avons vu chemin faisant les diagnostics divers que pouvaient soulever un cancer sous cardiaque. Enoncer les différents types cliniques qu'il est susceptible de revêtir, c'est énoncer autant d'erreurs possibles.

Pratiquement, étant donné ce que nous avons dit des retentissements à distance, deux diagnostics surtout à éliminer : un cancer de l'œsophage, une lésion duodénale.

Dans tous les cas on recourra à l'administration de belladone ou d'atropine pour faire cesser le spasme. C'est seulement les précautions prise que l'on pratiquera l'examen radioscopique.

Mais l'atropine ne suffit pas toujours. Dans ce cas le diagnostic peut-être très délicat, tel notre cas, tels également d'autres cas rapportés par Schelesinger.

L'œsophagoscopie peut servir pour reconnaître la nature exacte de la lésion œsophagienne.

Nous sommes plus désarmés pour ce qui est du duodenum, dont les fausses images pathologiques sont à la vérité beaucoup plus rares.

D'ailleurs en pratique, le problème se pose dans les termes suivants : on est en face d'un malade qui maigrit, qui palit et qui devient très asthénié. Un tel sujet « sent le cancer ».

Au clinicien d'en dépister le siège. On ne manquera jamais de penser en premier lieu au cancer gastrique, même, si de prime abord, aucun signe n'oriente dans ce sens.

On fouillera soigneusement l'histoire du malade pour retrouver quelques signes de dyspepsie.

Une recherche de sang dans les selles est positives : nouvel argument.

L'examen radioscopique ne sera pas toujours d'un grand

secours, nous l'avons déjà dit. Néanmoins on le fera dans les meilleurs conditions possibles, c'est à dire en examinant le malade couché et en le faisant tourner d'un côté et de l'autre.

La distinction entre le cancer et l'ulcère sous cardiaque sera parfois épineux. C'est avant tout sur la conservation de l'état général que l'on se fondera.

Enfin nous croyons qu'une recherche est appelée à rendre les plus grands sorvices dans les cas litigieux : la recherche de chimisme gastrique, surtout par l'épreuve de l'Histamine telle qu'elle a été proposée par MM. le Prof. Carnot et le Dr Libert.

On sait en quoi elle consiste. Le malade à jeun, on lui fait avaler le petit tube d'Einhorn, qui permet de reconnaître l'existence d'une stase à jeun — Puis on injecte par voie sous cutanée 1 c. c. d'une solution d'histamine à 1/1000 — De 10 minutes après l'injection, atteint son acmé après 30 à 40 la sécrétion gastrique ainsi provoquée.

Chez un sujet normal « la sécrétion débute d'ordinaire 10 minutes après l'injection, atteint son acné après 30 à 40 minutes, et se plolonge une heure, une heure et demie, parfois même davantage » (Libert) (26).

Ce suc d'histamine est fortement acide, plus riche en HCL que le suc obtenu après un repas d'épreuve.

Chez les cancéreux la réponse est « tardive, irrégulière, faible et brève ». Le suc gastrique ainsi recueilli est souvent absolument anachlorhydrique. En outre il est constamment hématique.

Chez les ulcéreux au contraire la réponse est précoce, constante, abondante et prolongée. Le suc est toujours hyperacide.

On voit les divers arguments que l'on peut invoquer en faveur d'un cancer sous cardiaque.

Il n'en reste pas moins que son diagnostic est presque toujours des plus délicats.

Nous voulons en terminant signaler une dernière cause d'erreur radiologique. Le cancer sous cardiaque peut adhérer précocement au foie, fixant ainsi l'estomac en haut, troublant ainsi toute la statique et toute la mobilité gastrique. Il s'ensuit que sous écran on peut, dans certains cas, avoir une image de « petit estomac » s'évacuant rapidement, et donnant une fausse impression de linite.

TRAITEMENT

Délicat dans son diagnostic, le cancer sous cardiaque est souvent navrant dans sa thérapeutique.

Fréquemment en effet il n'est reconnu que tardivement. Presque toujours il est trop haut situé ou trop étendu pour être justiciable d'une exérèse.

Parfois même une Gastro-Entérostomie est impossible ou inutile.

Nous ne pouvons ici que soulever l'hypothèse d'un traitement radiumthérapique.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer gastrique sous cardiaque est celui qui siège haut, sur la petite courbure, la grande courbure, les faces, intéressant directement ou n'intéressant pas le cardia, mais toujours développé à son voisinage.

II. — Ce cancer n'a la plupart du temps aucune individualité propre.

Il revêt d'ordinaire des formes frustres ou larvées : anémique, hémorragique, cachectique, métastatique (foie).

Souvent aussi il donne lieu à des retentissements à distance, œsophagiens ou duodénaux.

III. — L'anémie est habituellement une anémie grave à type hypoplastique ou aplastique. On peut trouver des hémolysines dans le sérum sanguin de ces malades.

IV. — Les retentissements à distance risquent d'égarer le diagnostic. Il s'agit non seulement de retentissements fonctionnels, mais parfois d'images radioscopiques fixes d'interprétation délicate. Ce retentissement a une origine soit nerveuse reflexe, soit toxinique tumorale .

V. — Le diagnostic de ces cancers sous cardiaques est donc toujours des plus délicats.

Il sera grandement aidé par l'épreuve de l'histamine.

Vu le doyen,
ROGER

Vu le Président de la Thèse,
P. CARNOT

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBIOGRAPHIE

(1). Guérin. — Les ulcères juxtucardiaques de 'lestomac. Thèse Lyon 1919.

(2). Le Noir, Bariety et Mamoul. — Retentissement œsophagien et duodenal d'un cancer gastrique sous cardiaque à forme hémorragique et anémique. Bulletin et Mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. 7 mai 1926.

(3). Le Noir et Agasse-Lafont. — in nouveau traité de Médecine.

(4). Dumoulin. — L'ulcus juxtucardiaque de l'estomac. Thèse Paris 1924.

(5). F. Ramond et Jean Chabrun. — Cancer de la grosse tubérosite gastrique. Société de gastro enterologie, 8 janvier 1926. Les archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition. Tome XVI. n° 3. Mars 1926. p. 345-346.

(6). Hayem et Lion. — Traité des maladies de l'estomac 1913.

(7). Jean Decressac. — Des perigastrites antérieures suppurées dans le cancer de l'estomac. Thèse de Paris 1924.

(8). Schrameck. — Thèse de Lyon 1895.

(9). Soupault. — Note sur un syndrôme simulant le rétrécissement de l'œsophage, dû à la rétraction atrophique de l'estomac. Bulletin et Mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. 27 juin 1902. p. 641.

(10). Chauffard. — Journal des Praticiens. 1904. p. 209.

(11). Bertier. — Thèse de Paris 1908.

(12). Guisez. — Traite des maladies de l'œsophage 1911.

(13). Schelesinger. — œsophagospasmus als Frühsymptom der Magen Karzinoms. Wiener Klinische Wochenschrift 1923. X N° 50 page 882.

(14). Jacquier-Bret. — Thèse de Lyon. 1909.

(15). Rousseau. — Thèse de Paris 1911.

(16). Mlle Nadedja Trechtchenkow. — Thèse de Paris 1913.

(17). M221 Landesmann. — Thèse de Paris 1917.

(18). Michel. — Thèse de Lyon 1919.

(19). Henri Jupin. .. Contribution à l'étude de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac. Thèse de Paris. 1-925.

(20). Lœper et Forestier. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. 1921. p. 307.

(21). Guisez. — Diagnostic et Traitement de rétrécissements de l'œsophage et de la trachée. Paris 1923.

(22). Dufourmentel. — Phrenospasme. Congrés de la Société française d'O. R. L. Paris 1921.

(23). Saignon. — Quelques considérations sur l'anatomie, la physiologie de l'œsophage normal et pathologique. Journal de médecine de Lyon. octobre 1922.

(24). Ramond, Boniers et Jacquelin. Sur l'abouchement de l'œsophage dans l'estomac. Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 4 nov. 1921.

(25). P. Carnot, W. Koskowski et E. Libert. — Soc. Biologie. Séances des 18 et 25 mars 1922.

P. Carnot et E. Libert. — Soc. de Biologie. Séance du 27 juin 1925.

P. Carnot et E. Libert. — Société gastro-Enterologie. séance du 12 novembre 1925.

P. Carnot et Mlle Guizenwska. Soc. Briol. séance du 27 juin 1925.

(26). E. Libert. .. Uu nouveau procédé d'exploration des fonctions secrétaires de l'estomac : l'Epreuve de l'histamine. Progrès médical. N° 5. 30 janvier 1926.

Docteur JEAN-ÉTIENNE MARCEL

SYPHILIS DU TESTICULE

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
PARIS (VI^e^)

DU MÊME AUTEUR

EN PRÉPARATION ;

1° *Le Traitement de l'Incontinence d'urines essentielle par la diathermie.*

2° *La stérilité syphilitique.*

A la mémoire de mon PÈRE,

A la mémoire de ma SŒUR,

A ma MÈRE,

A mes MAITRES :

M. le Prof. agrégé WALTHER, M. le Dr ARROU, M. le Dr PISSAVY, M. le Prof. SERGENT, M. le Prof. agrégé LEREBOULLET, M. le Prof. J.-L. FAURE, M. le Prof. BRINDEAU, M. le Prof. agrégé MARION, M. le Dr MILIAN, M. le Dr Maurice RENAUD, M. le Dr Marcel PINARD,

A M. le Dr P. THEVENARD, ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris.

A M. le Professeur E. JEANSELME,

Membre de l'Académie de Médecine,

qui m'a fait l'insigne honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A mon MAITRE

M. le Dr MAURICE CHEVASSU,

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

INTRODUCTION

Les classiques ont donné de la Syphilis du Testicule une description qui semble être et qui reste immuable.

Mais depuis les travaux de *Ricord*, les leçons de *Fournier*, la monographie célèbre de *Reclus*, la pathologie de la Syphilis en général, a été troublée par deux découvertes capitales : le Tréponème et la Réaction de *Bordet-Wassermann*.

L'expérience nous a de plus montré que le diagnostic des Orchi-Epididymites chroniques était assez souvent plus difficile qu'on ne l'écrit; que dans la pratique hospitalière et civile à l'occasion d'un gros testicule, on ne pense pas assez à une affection fréquente : la Syphilis ; que malgré les travaux qui lui ont été consacrés, certains points (Epididymite syphilitique), sont

restés encore dans l'ombre ; qu'enfin la Syphilis du Testicule pouvait, dans une certaine mesure, simplifier certains problèmes éternellement à l'ordre du jour : tels que la contagion et l'hérédité syphilitique.

Pour toutes ces raisons, il ne nous a pas paru inutile d'éclairer la pathologie de la Syphilis du Testicule à la lueur des travaux modernes.

Nous ne nous dissimulons pas l'imperfection de ce travail. Nous avons dépensé de longs mois, alors qu'il eut fallu de longues années. Puisse du moins, le résumé des travaux qui nous ont inspiré, inciter le lecteur à des recherches plus approfondies.

« Ne feriez-vous qu'une mise au point des acquisitions récentes, a bien voulu nous écrire le professeur *Sabrazès*, elle ne serait, certes, pas dépourvue d'intérêt. »

Quelques-uns de nos chapitres reposent sur des hypothèses, et on sait que la plupart ont une existence éphémère.

Le plus grand nombre, par contre, est étayé par des faits cliniques, longuement et sincèrement observés.

Nous avons eu la chance de posséder comme champ d'étude, la consultation et les services de l'hôpital Saint-Louis, mais surtout le service à Cochin de notre maître M. *M. Chevassu*, dont la compétence en pathologie testiculaire est renommée.

C'est à lui que nous devons ce qu'il y a de meilleur dans ce travail. Nous lui exprimons notre très vive gratitude. Nous lui dédions ce travail, si toutefois il le juge digne de lui.

Aux maîtres illustres de Paris et de Province, qui ont bien voulu nous prodiguer leurs conseils, aux amis, aux camarades qui, dans la mesure de leurs moyens, nous ont aidé dans notre tâche, nous adressons le tribut de notre reconnaissance.

Chemin faisant, dans les lignes qui vont suivre, nous nous ferons un devoir et un plaisir de leur rendre ce qui leur appartient.

Nous tenons toutefois à remercier, dès maintenant, le dessinateur *L.-É. Maitrejean*, qui nous a donné une nouvelle preuve de sa bonne et vieille amitié.

Non seulement il s'est intéressé à la publication de cet ouvrage, mais il a bien voulu, également, mettre son talent — qui est grand — à notre disposition. Nous ne l'oublierons pas !

HISTORIQUE

L'histoire de la Syphilis du Testicule peut être divisée en deux étapes : avant et après *Reclus*. Avant *Reclus* : tout. Après *Reclus* : peu de chose.

I. Avant Reclus

*Jusqu'au XVI*e *siècle.*

C'est la nuit complète : affections vénériennes, scrofule, cancer, tout est confondu. Et la meilleure description de la future Syphilis du Testicule se trouve sous la plume de *M*e *Rabelais*, qui a dû être plus d'une fois appelé à donner ses soins « aux vérolez très précieux » de l'époque.

Dans le chapitre XXVIII du Tiers Livre, dit M. *Albarel*, qui cite lui-même *A. Paré*, frère Jean des Entommeurs répond à la litanie que vient de lui débiter Panurge. C'est alors une succession d'épithètes les unes plus pittoresques que les autres et qui stigmatisent signes et évolution du testicule syphilitique.

On y lit : « C. Basané, C. vietdazé (en languedocien, verge d'âne), C. Fusté (dur comme du bois), C. corneté, C. chétif, C. matafain (le testicule est ramolli comme du mate faim, gâteau de pâte lourde rassasiant vite), C. estiomené (purulent), gersé. »

Plus tard on peut suivre le calvaire du vérolé :

« C. mariné, esgoutté, ventousé, dévalizé »

Et quand les fonctions génitales diminuent c'est : « C. rétif, rance, constipé » ; enfin : « esrené, assassiné, C. de zéro » lorsque l'impuissance devient définitive.

Ce n'est pas très flatteur pour Panurge !

Au XVI^e siècle :

Une lueur dans la nuit. Les affections des bourses sont séparées de la scrofule et du cancer. Mais pendant de très longues années, on continue à confondre *vérole* et *blennorragie*. C'est le règne des auteurs *identistes*. Leurs descriptions sont si vagues, qu'on ne regrette pas de les négliger.

A la fin du XVIII^e siècle :

Ces deux affections, si longtemps unies, vont être séparées. Après une tentative d'*Astruc* et de *Hunter*, *B. Bell*, en 1793, prononce définitivement leur divorce.

Quelques années plus tard, *Astley Cooper*, puis *Dupuytren* apportent leur confirmation, et ce dernier a le grand mérite de préconiser le traitement d'épreuve, dont la loi nous régit encore.

Tout le début du XIX^e siècle fut marqué par une période de tâtonnements, ce qui se voit assez fréquemment dans les différents chapitres de la pathologie.

En France *Boyer*, *Roux*, *Velpeau* même, apportent une incertitude dans la description du Testicule syphilitique.

Curling en Angleterre, donne dans son traité, un tableau saisissant de la Syphilis du Testicule. Malheureusement, c'est également celui de ce qu'il appelle « l'orchite chronique ». Et cette confusion bien remarquée par *Gosselin*, qui a annoté et traduit ce livre, ne favorise pas la question.

Enfin *Ricord* vint.

En 1840, reprenant la tradition de *Bell* et de *Cooper*, il précise la symptomatologie du sarcocèle syphilitique : l'*Albuginite*. Il décrit la gomme du Testicule et les lésions épididymaires. Malheureusement *Ricord* brûle bientôt ce qu'il avait adoré, et sans raison, la gomme syphilitique du Testicule et l'Epididymite syphilitique perdent leur droit de cité. Pendant 40 ans — à part quelques rares protestataires (*Hélot*) — tous les auteurs s'inclinent devant l'opinion du grand syphiligraphe.

Cependant en 1863, *Dron* décrit l'*Epididymite* qui porte son nom et à laquelle les auteurs, qui lui ont succédé (*Fournier* excepté), n'ont apporté que des incertitudes.

Plus tard *Lancereaux* et *Virchow* donnent une étude remarquable de la gomme.

Si le début du XIX^e siècle vit les *premiers pas* de la Syphilis du Testicule, la fin en fut son *âge d'or*.

En 1881, *Tedenat* publie de très intéressants articles sur ce sujet, et *Minière* donne dans sa thèse l'avant-propos de ce qui allait paraître un an plus tard (1882) sous la plume de *Reclus*.

Reclus précise la symptomatologie du testicule syphilitique, en décrit une forme inflammatoire, rattache définitivement à la Syphilis la gomme et le Fongus, et avec *Malassez*, en fixe l'anatomie pathologique, à laquelle aujourd'hui encore il reste peu à ajouter.

A *Rohmer* échut en 1883, la tâche ingrate de se livrer à la critique de l'œuvre de son illustre prédécesseur. Mais la critique est malaisée quand l'œuvre est excellente.

Bien qu'il s'en tirât parfaitement, il ne risquait point de lui porter ombrage.

Le nom et l'ouvrage de *Reclus* devaient éclipser tous ceux qui l'avaient précédé, comme tous ceux qui lui ont succédé.

II. Après Reclus

L'histoire de la Syphilis du Testicule sera brève.

En 1913 *Barraud* y préconise le traitement arsenical. Mais c'est à notre époque M. *Chevassu* qui, soit dans ses leçons, soit dans ses écrits, est, sans conteste, l'auteur qui a le plus puissamment éclairé de sa grande expérience, la localisation testiculaire du Trépomène.

L'étranger nous a paru être quelque peu en retard.

En Allemagne 3 thèses ont précisé la Syphilis du Testicule : celles de *Peters*, de *Micheel*, de *Butchkus*.

En Italie l'étude de la Syphilis testiculaire clinique (*Tanturri*, d'*Amato*) cède le pas à celle de la Syphilis testiculaire expérimentale (*Ossola Truffi*).

En Amérique l'histoire du Testicule syphilitique est de date récente. Ces dernières années ont vu paraître de nombreuses revues générales sur ce sujet.

Les noms de *C. Williams*, *Ravogli*, *Thompson*, *Symmer*, *Herman* lui sont attachés.

De sorte qu'en définitive, de ce qui précède, on peut conclure que l'histoire de la Syphilis du Testicule est essentiellement française.

SYPHILIS EXPÉRIMENTALE DU TESTICULE

L'Etude de la Syphilis expérimentale du Testicule est intéressante à un double point de vue.

1° Elle peut éclairer dans une certaine mesure l'étude de la Syphilis testiculaire;

2° Elle permet l'étude de la Syphilis expérimentale en général.

Tracer l'histoire de l'une, c'est rappeler en partie l'histoire de l'autre.

La Syphilis expérimentale a été scientifiquement inaugurée dès 1903 (soit 2 ans avant la découverte du Spirochaeta pallida) par *Roux* et *Metchnikoff*.

Elle a été reprise avec succès par *Neisser*. Grâce à ses recherches, cet auteur eut le mérite de montrer que des différents organes d'un singe syphilisé, la mœlle osseuse, la rate, les ganglions, mais surtout *les testicules* étaient infectieux.

L'inoculation de substances testiculaires lui donna des résultats positifs même dans les cas où les inoculations avec les autres substances, mœlle, rate, etc. étaient restées sans succès.

Le testicule lui apparaissait, donc, comme un véritable *dépôt de virus*.

Jusqu'alors, les expérimentateurs employaient pour leurs recherches, les singes anthropoïdes, animaux coûteux difficiles à manier, bref incommodes.

C'est pourquoi *Bertarelli* eut l'idée de s'adresser au lapin qui, tout en conservant à peu près les avantages du singe, n'en avait pas les inconvénients.

Il inoculait la cornée de cet animal, mais très rapidement l'on se rappela qu'il existait un organe beaucoup plus sensible au virus syphilitique : *le testicule*.

Parodi procéda le premier à l'inoculation testiculaire du lapin. Il constata qu'elle produisait des infiltrats durs dans lesquels il lui fut aisé de découvrir *le tréponème*.

Hoffmann, Lœbe, Truffi, Ossola, Mezincescou et nombre d'autres répétèrent ces expériences, qui depuis *Uhlenluth* et *Mulzer* sont

devenues la méthode classique pour l'étude de la Syphilis expérimentale.

Il convient de revenir sur quelques-unes de ces recherches. Mais d'abord comment se présente la Syphilis expérimentale du Testicule ?

1° La Syphilis du Testicule du lapin succède, soit à une inoculation dans le parenchyme testiculaire. soit à une inoculation dans la peau du scrotum ;

2° Les produits d'inoculation sont des produits humains virulents de Syphilis acquise ou même de Syphilis héréditaire (*Max Koch*) ; quelquefois des cultures impures (*Bruckner* et *Galacesco*), d'autrefois, des cultures pures de tréponèmes (*Noguchi*). La transmission en série est facile et le devient de plus en plus, au fur et à mesure des passages sur le lapin. Après une incubation de 8 *à* 12 *semaines* pour les premières inoculations, de 4 *à* 6 *semaines* pour les passages, apparaissent dans environ 70 0/0 des cas, les signes de la lésion primitive.

Quand l'*inoculation est strictement scrotale*, on voit à l'endroit inoculé ou dans les environs immédiats un *ulcère scrotal* chancriforme.

Quand l'*inoculation est uniquement testiculaire*, on voit dans les jours qui suivent, un gonflement de la glande avec infiltration diffuse, rétrocédant rapidement (*Mezincescou*).

Dans les deux cas, à date à peu près similaire (et même quelquefois après une latence de 2 *ans*, chez un lapin inoculé au scrotum, *Truffi*) apparaissent les lésions des glandes génitales, d'abord de l'une, plus tard de l'autre.

C'est tantôt une *orchite*, tantôt une *pachyvaginalite* chronique.

L'orchite peut être *diffuse* ou *circonscrite*.

Elle est nodulaire et contient des spirochètes.

Pareillement la *pachyvaginalite* est *généralisée* ou *localisée*.

Dans les zones infiltrées, on trouve des tréponèmes. Qu'il s'agisse d'orchite ou de pachyvaginalite, il y a liberté du sac scrotal, et même du testicule dans le premier cas.

Quelques temps après, apparaissent le plus souvent, les signes de généralisation : ganglions, papules anales et surtout *Syphilis du Testicule opposé*.

L'*examen histologique* de ces lésions a montré que, bien qu'il s'agisse de lésions primitives, elles correspondent, au point de vue anatomo-pathologique, à des lésions tertiaires pareilles à celles du testicule syphilitique de l'homme.

A la périphérie des nodules même zone d'infiltration interstitielle avec endo et péri-artérite proliférante, avec sclérose diffuse, étouffant les canalicules séminifères.

Au centre dégénérescence granulo-graisseuse, aspect de tissu

myxoedémateux, équivalent chez le lapin à la nécrose (*Uhlenluth*).

Les spirochètes très nombreux à la périphérie, sont de plus en plus rares au fur et à mesure que l'on se rapproche du centre. Mais, fait capital, on les trouve, non seulement dans les zones interstitielles, mais aussi dans la lumière des canalicules séminifères (*Ossola*).

La Syphilis expérimentale du lapin a été particulièrement attaquée ces derniers temps.

C'est qu'en effet, l'on s'est aperçu que cet animal, à l'instar du lièvre, pouvait être atteint d'une spirochétose spontanée : « la spirochètose cuniculi ».

On en a conclu, un peu rapidement, que toutes les expériences faites sur le lapin, ne présentaient qu'une garantie relative.

Or, pour ce qui concerne la Syphilis expérimentale proprement dite, (nous ne parlons pas de la maladie de *Levaditi* et *Marie*) et la spirochètose cuniculi, il n'y a pas de discussion possible. Ce sont deux maladies essentiellement différentes :

L'une, la première, provoquant des ulcérations, des nodules profonds, des *orchites*.

L'autre, la deuxième, caractérisée par des lésions superficielles, érythème ou papules, mais *jamais d'atteinte testiculaire*.

D'où l'on peut inférer : que la Syphilis du Testicule expérimentale est bien la même affection que la Syphilis du Testicule humain.

En résumé :

L'Etude de la Syphilis expérimentale du Testicule montre :

1° L'*affinité* très grande du tréponème pour le testicule et ce *génitotropisme* mérite d'être souligné.

2° Que la glande génitale peut être une véritable réserve de virus (*Neisser et Truffi*) ;

3° La *Bilatéralité* habituelle des lésions testiculaires chez le lapin ;

4° La possibilité d'une *pachyvaginalite* syphilitique isolée sans lésion testiculaire ;

5° La présence du spirochète dans les canalicules séminifères et la possibilité d'une Syphilis *germinative paternelle* ;

6° La diminution de la *fécondité* et l'augmentation de la *mortinalité* chez les lapins inoculés.

Au cours des chapitres qui vont suivre, nous aurons l'occasion de rappeler ces données expérimentales, qui peuvent éclairer, dans une certaine mesure, la Syphilis du Testicule de l'homme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Notre intention n'est pas de décrire in extenso l'Anatomie pathologique de la Syphilis du Testicule. *Reclus* et *Malassez*, *Cornil* et *Ranvier*, *Audry* en France ; en Allemagne, *Virchow*, *Peters*, *Federmann*, *von Baumgarten* en ont fixé les grandes lignes, que reproduisent fidèlement les livres didactiques.

Notre désir est d'en donner un résumé bref, mais indispensable, et surtout de préciser certains points que les classiques ont pu laisser dans l'ombre.

D'une manière générale, la Syphilis du Testicule obéit aux lois de l'évolution de la Syphilis tertiaire, qui exerce une action identique sur le parenchyme de tous les organes. Ses lésions seront donc au niveau de la glande spermatique ce qu'elles sont partout ailleurs.

Son intérêt réside donc essentiellement dans la localisation et l'aspect microscopique des lésions syphilitiques *sur le testicule et ses annexes.*

Il n'y a pas d'anatomie pathologique à proprement parler, des manifestations syphilitiques secondaires sur l'appareil testiculo-épididymaire. Nous n'en connaissons pas d'examen valable. *Thompson* cependant, affirme que l'Epididymite secondaire consiste en un « *processus d'infiltration de lymphocytes et de plasmazellen avec hyperplasie des éléments de soutien.* » Mais l'auteur ne nous dit pas s'il s'agit là de constatations nécropsiques certaines ou de simple hypothèse, ce qui est infiniment plus probable.

Cette hypothèse, d'ailleurs, n'a rien d'invraisemblable. Les caractères que *Thompson* donne, sont ceux de toute Syphilis secondaire en général, que cette affection se localise aux téguments, aux séreuses ou aux viscères.

Il n'en est plus ainsi dans l'Orchi-Epididymite syphilitique tertiaire. L'Anatomie pathologique doit y être étudiée à l'œil nu d'abord, ensuite au microscope.

Examen macroscopique

Le Testicule est augmenté de volume, sans trop. Sa surface est vascularisée et de nombreux vaisseaux y dessinent de riches arborisations, beaucoup moins volumineuses cependant que dans le Néoplasme. Il est irrégulier dans la forme type, d'autrefois inégalement bosselé. Dans quelques cas, il est sillonné par une ou deux brides longitudinales ou transversales qui, le ficellent et le déforment. Ces brides délimitent dans la glande des segments qui peuvent simuler suivant leur siège, une tête ou une queue épididymaires et déroutent complètement à l'examen. D'autres fois, sa surface est tout à fait lisse.

Au point de vue anatomo-pathologique macroscopique, les lésions syphilitiques du testicule peuvent présenter une triple modalité :

a) Des *lésions scléro-gommeuses* : c'est l'orchite nodulaire diffuse habituelle ;

b) Des *lésions scléreuses*, qui sont le plus souvent l'aboutissant des lésions précédentes ;

c) Des *lésions gommeuses* sans association ou presque de sclérose, exceptionnelles.

Cette division parfois artificielle, est classique. Elle doit être valable pour un grand nombre de cas. Cependant, nos propres examens, au cours d'explorations sanglantes, au cours de castrations par erreur de Diagnostic, au cours de curages d'hydrocèles symptomatiques, prises pour essentielles, nous permettent d'affirmer que *dans les formes habituelles la lésion dominante est la Gomme.*

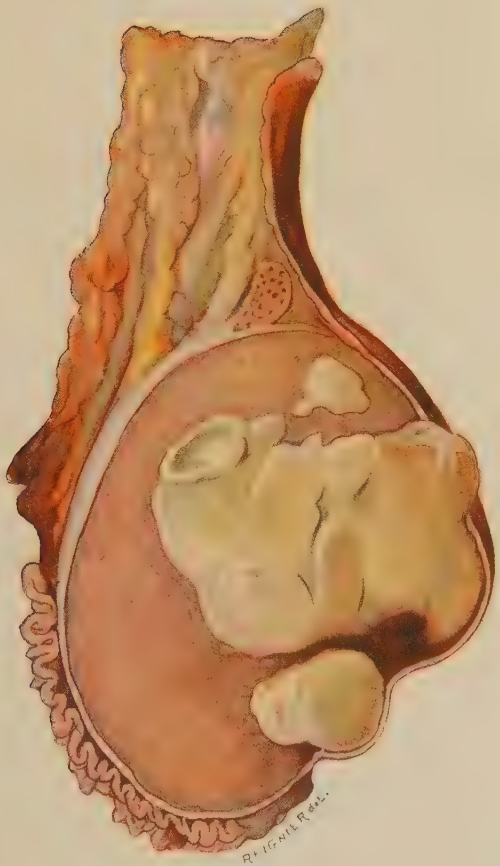
Cette gomme peut présenter des aspects variables selon le stade de son évolution auquel elle est saisie par l'examen anatomique.

Leur intérêt pratique est évident : nous y insisterons.

A) Sa forme *la plus typique* peut être donnée par la description de la pièce dont nous exposons la planche en trichromie ci-contre.

a) Le *Tissu gommeux* est un tissu *jaune* légèrement *verdâtre* ne présentant pas de points ramollis nets ; de-ci, de-là, de très légères zones en voie de ramollissement, mais toujours *minimes* à ce stade. La limite de la gomme est *admirablement nette.* Ses contours, toujours plus ou moins *sinueux*, tranchent de la façon la plus manifeste sur le parenchyme testiculaire dans lequel elle est développée.

b) *Ce parenchyme* n'est jamais normal au contact de la gomme.



Gomme du Testicule (coupe). — Castration par M. Chevassu.
(Observation 91.*)*

Parfois il est très congestionné, comme on le voit dans un point de la figure qui nous sert de description. Plus souvent il est seulement *rosé*, mais d'une teinte toujours différente de la teinte habituelle du testicule.

C'est ici que nous jugeons nécessaire d'insister sur la différence existant entre un testicule syphilitique là où il n'est pas franchement gommeux, et un testicule normal.

Le testicule normal présente avant tout deux caractères :

1° Sa couleur *chamois* plus ou moins sombre mais toujours nette, à condition, bien entendu, que soit arrêtée l'hémorragie qui se produit toutes les fois qu'on pratique une biopsie. On obtient l'hémostase voulue en serrant momentanément le cordon, qu'en général on a isolé pour pratiquer l'anesthésie locale.

2° Plus caractéristique encore que sa couleur est la *consistance* du testicule normal. Les tubes testiculaires enroulés sous l'albuginée presque indépendants les uns des autres, font *toujours hernie* quand on incise l'albuginée, et ont tendance à sortir en une série de petits filaments, qui se laissent facilement étirer.

Le *testicule syphilitique* au contraire, ne présente jamais cet *aspect spécial.*

Ses tubes n'ont jamais la même mobilité les uns par rapport aux autres. Toujours ils paraissent figés, « *embués* ». Le plus souvent on peut les voir *soudés* les uns aux autres par une sorte d'*œdème* épais, qui donne à la surface de coupe, un aspect *vernissé* tout à fait différent de l'aspect habituel du testicule.

Quant à la couleur de ce testitule modifié, il est ou plus *rose* ou plus *jaune*, jamais de la couleur normale.

L'aspect spécial du testicule tel que nous venons de le décrire, correspond déjà à un certain degré d'infiltration de la glande par des éléments inflammatoires, à un certain degré d'œdème interstitiel, voire à la présence de petites gommes microscopiques.

Or, il arrive qu'au milieu de ce testicule encore reconnaissable bien que modifié, la gomme se dessine sous sa *forme de début.*

B) Ce n'est pas encore, alors, la nécrose jaune que nous avons prise comme le type le plus caractéristique.

Elle se présente sous la forme suivante, qui répond à la description d'une pièce, dont un moulage est conservé au Musée du service de Chirurgie Urinaire de l'hôpital Cochin.

Sur l'ensemble *vernissé* de la coupe du testicule *deux zones* tranchent légèrement par leur aspect spécial. Alors que le reste de la glande est de couleur *jaune* assez sombre, légèrement *rosé*, on voit au tiers supérieur et au tiers moyen, deux gommes commençantes. Elles ne se distinguent qu'à peine par une teinte différente, car elles ne font aucune saillie ou dépression sur la surface de coupe. Et cependant, il y a là deux taches *moins jaunes*,

moins roses, presque *grisâtres*. Leur limite n'est pas nette, bien que cependant au point où elles se rapprochent l'une de l'autre, on voit la limite à peu près régulière d'une petite bande de tissu plus jaune qui va se perdre dans le testicule adjacent.

Cette lésion correspond au *début de la gomme macroscopique*. Nous la considérons comme le stade *qui précède la nécrose*, et si nous l'avons décrite avec quelque détail, c'est que sa connaissance nous paraît extrêmement importante pour le chirurgien, qui fait une biopsie testiculaire.

C) A l'opposé de cette forme de début, la *forme avancée* de la gomme aboutit à *une lésion ramollie*, dont le type peut être fourni par le testicule d'un de nos malades, dont un moulage figure également au Musée de Cochin.

Cette pièce de castration montre sur la coupe antéro-postérieure que le testicule est *en totalité* remplacé par une gomme ramollie de teinte feuille morte à son centre, qui est tout à fait diffluent, et qui vers la périphérie conserve encore un aspect lie de vin.

Cette périphérie est constituée par une *albuginée* un peu sinueuse à la surface interne de laquelle on reconnaît de-ci de-là, une minime lame de tissu jaunâtre. Au-delà, tout n'est qu'œdème et adhérences, parmi lesquelles l'Epididyme n'est pas macroscopiquement reconnaissable.

Il semble difficile que de pareilles lésions ne puissent pas aboutir à l'ulcération cutanée et à l'ouverture de la gomme à l'extérieur.

On conçoit que cette élimination soit suivie selon l'importance de la gomme évacuée, d'une perte de substance plus ou moins considérable de la glande, qui, au bout du compte, n'est plus représentée, dans quelques cas, que par un moignon scléreux, appendu au déférent.

D'autres fois, des parois de la gomme montent vers la surface des bourgeons charnus, qui saillent à l'extérieur, s'étalent sur le scrotum en une masse champignonneuse : *le Fongus*. Ce que nous savons de sa formation, les quelques cas que nous avons observés, nous autorisent à penser qu'il est dans la règle *parenchymateux*, donc *profond*.

Dans les différents testicules que nous avons examinés : gommes au début, gommes nécrosées, gommes ramollies; petites gommes multiples ou gomme unique et parfois géante, nous n'avons jamais rencontré les bandes de sclérose macroscopiquement visibles, que les classiques décrivent et qui, du *rete testis*, foyer d'irradiation, divergent vers la périphérie. Elles sont par contre remarquables dans les *testicules ficelés ou atrophiés*.

Nous avons été également frappé par l'atteinte à peu près constante *des annexes* de la glande.

Quelle que soit la lésion intra-testiculaire, elle évolue toujours avec des modifications des tissus péritesticulaires. A l'inverse du Cancer du testicule, qui normalement évolue sans modifier l'albuginée, l'épididyme, la vaginale, les enveloppes scrotales, *ici tout est pris très vite.*

ALBUGINÉE. — On peut dire qu'il n'y a pas de Syphilis testiculaire en évolution sans altération de l'albuginée.

L'albuginite syphilitique est capitale à connaître, car elle mérite d'attirer l'attention du chirurgien.

Toujours épaissie, blanchâtre, d'aspect tendineux, elle est rarement lisse. Le plus souvent elle se caractérise par ses irrégularités de consistance, dues à des irrégularités d'épaisseur, lesquelles sont perceptibles cliniquement et sont une des causes essentielles de la sensation classique des « grains de plomb » et des « plaques de blindage ».

Quand en ouvrant une vaginale, on voit une albuginée irrégulière présentant, ici des dépressions comme si elle était tirée dans la profondeur vers le testicule, là, des saillies nodulaires, ailleurs, un aspect gaufré, ailleurs encore, des dépressions circulaires, on doit *au moins* soupçonner la Syphilis et la rechercher.

L'EPIDIDYME nous a paru anormal dans 75 % des Syphilis testiculaires.

S'il est aisé de le reconnaître à la surface de certains testicules scléreux ou atrophiés, autour desquels il flotte trop vaste; s'il est possible de pincer quelquefois sa tête restée souple, il n'est pas toujours facile de le deviner à la surface des gros testicules gommeux, le long desquels il s'étire, s'allonge et s'aplatit, et il est impossible de le sentir lorsqu'une gangue de tissu fibreux périépididymo-testiculaire le noie et l'efface.

Souvent il est directement atteint par le processus syphilitique. Ce sont alors exactement les mêmes lésions qu'au niveau de la glande spermatique, d'autant plus patentes que l'organe est superficiel ; d'autant plus préjudiciables qu'il est gracile.

Ses lésions peuvent *dépasser* celles du Testicule (Orchi-Epididymite à prédominance épididymaire), elles peuvent même évoluer *isolément* (Epididymite tertiaire).

VAGINALE. — Atteinte de l'albuginée, atteinte de l'Epididyme touchent le feuillet viscéral de la vaginale, entraînant *immédiatement* ou *presque* une réaction de la *séreuse*. Celle-ci ne se présente, pour ainsi dire, *jamais avec son aspect normal.*

Epanchement séreux clair citrin, exceptionnellement *sanguin*, vaginale vascularisée semée d'ilôts blanchâtres, ici, transparente, là épaissie avec *multiples* adhérences à cordages, crêtes ou brides cicatricielles ; la vaginalite du testicule syphilitique représentée quelquefois par une vaste et libre hydrocèle (f. liquidienne) aboutit à un mélange de petites *hydrocèles cloisonnées*, qui donnent à la coque péri-testiculaire une irrégularité de consistance, qui en est une des modalités cliniques les plus caractéristiques.

Scrotum. — Ces lésions qui touchent la vaginale pariétale, s'étendent même au-delà d'elle, infiltrent d'œdème le tissu péritesticulaire des bourses, formant au devant de la glande, en totalité ou en partie, un véritable *capitonnage*.

Le Cordon — présente des manières d'être différentes. Tantôt il est absolument libre, souple ; beaucoup plus souvent il est épaissi. Ses éléments réunis par un abondant œdème, *ne sont plus dissociables* et forment à son centre un faisceau assez ferme sans limite nette. A cette formation anormale, *le canal déférent ne prend habituellement aucune part*. Il occupe en arrière sa place normale et ses différents caractères restent ceux qu'il présente d'habitude.

Néanmoins, dans certains cas, il est augmenté de volume et de consistance ; dans d'autres cas il est confondu dans toute sa portion proximale avec la coque « néoplasique », ce qui explique qu'on ne puisse le palper qu'à la partie toute supérieure du cordon.

Enfin, il n'est pas rare qu'il se forme au niveau du cordon *de véritables gommes*. Les noyaux, ainsi constitués, sont de consistance variable, de forme tantôt allongée en noyaux de datte, tantôt ronds, gros comme une noix. Ils s'implantent d'habitude au pôle supérieur du testicule, quelquefois plus haut. Ils sont indépendants du canal déférent et semblent se développer dans le groupe antérieur des vaisseaux.

Telle est l'anatomie macroscopique du testicule syphilitique. Dans ces conditions, peut-on à l'œil nu poser infailliblement le diagnostic de Syphilis testiculaire. Oui, le plus souvent. Non, quelquefois. Et voici pourquoi :

1° On peut, au cours d'une exploration sanglante pour un diagnostic douteux, tomber *sur un parenchyme apparemment sain* et passer, ainsi, à côté d'une gomme. Il est vrai que pièces en mains, on sentira le plus souvent une zone suspecte sur laquelle portera précisément l'incision. De plus, comme on excise toujours un fragment pour l'examen microscopique, pratiquement l'erreur sera de courte durée.

2° On peut confondre une gomme syphilitique avec une nécrose

néoplasique ou *une gomme tuberculeuse*. Nous pensons à deux malades dont nous rapporterons les observations, l'une au chapitre des associations pathologiques, l'autre, à la fin de ce travail.

Chez le premier, l'exploration sanglante montra l'existence d'une gomme syphilitique à peu près certaine ; or, histologiquement, il s'agissait d'un séminôme — vraisemblablement sur syphilitique.

Le deuxième présentait cliniquement une Syphilis du Testicule. La coupe *de la glande* après castration confirma ces présomptions : gomme géante à aspect syphiloïde. Or, le microscope prouva que c'était une tuberculose massive.

Ce qui démontre l'*utilité de l'Examen microscopique*.

Examen microscopique (1)

Testicule

Rappelons d'abord brièvement la structure du tissu testiculaire *normal*.

Sur une coupe, on aperçoit au microscope les tubes pressés les uns contre les autres et presque tangents. Ils sont englobés dans une gangue conjonctive très peu abondante chez l'adulte, très riche chez l'enfant.

La trame conjonctive est formée de cellules fixes, de quelques fibres *conjonctives et élastiques*, laissant une certaine indépendance aux tubes séminifères, de mastzellen et de cellules spéciales dites *interstitielles*.

Les tubes sont formés d'une paroi *propre*, constituée par du tissu conjonctif du type lamelleux, sur laquelle est implanté l'*épithélium*, de structure et composition très complexes.

On y distingue des cellules de *Sertoli* et des cellules de la *lignée séminale*.

Voyons les modifications que *la Syphilis* fait subir à ces différentes parties :

1° *Le tissu conjonctif*, peu développé à l'état normal, prend un développement considérable, en sorte que les tubes sémini-

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, écrit d'après la lecture des nombreuses lames que nous possédions, et qui ne répond pas toujours à la conception de certains auteurs, auprès desquels nous nous excusons (*Darier*) nous avons été bien heureux de recevoir les conseils de M. *Giroud*, agrégé d'histologie, chef de Laboratoire à Cochin.

Inutile d'ajouter que nous l'en remercions vivement.

fères, au lieu d'être contigus les uns aux autres, sont séparés par de larges espaces.

La structure de ce tissu est très modifiée. Dans les points où l'hypertrophie étant la moins considérable, les lésions sont le moins avancées, c'est l'abondance des éléments cellulaires qui domine. On y voit :

A) *Des cellules conjonctives* plus ou moins hypertrophiées, quelques-unes semblent en voie de division.

(Jusqu'alors pas de grandes différences entre la Syphilis et d'autres inflammations testiculaires. Par contre, voici ce qui est plus caractéristique) :

B) On remarque disséminés ça et là, entre les tubes et *surtout autour des vaisseaux*, des infiltrats cellulaires formés :

1° soit par des *cellules rondes embryonnaires*, analogues aux lymphocytes (*lymphoïdes*), à côté desquelles les *Plasmazellen* (Unna) sont très caractéristiques ;

2° soit par de grosses cellules *granuleuses*, comparables aux cellules *épithélioïdes* de la Tuberculose.

Mais cette infiltration n'est pas toujours diffuse. Le plus souvent les cellules lymphoïdes et surtout les cellules épithélioïdes, se groupent en amas cellulaires.

Ces *amas* qui contiennent un plus ou moins grand nombre de capillaires, sur le trajet desquels ils semblent s'être développés, constituent une véritable éruption, apparaissant dans les espaces qui séparent les uns des autres, les tubes séminifères et les gros vaisseaux, pouvant, quand ils sont plus volumineux, refouler plus ou moins ceux-là, contourner, voire entourer complètement ceux-ci et leur former *des manchons périvasculaires tout à fait caractéristiques*.

C) Quand ces petits nodules se développent très près les uns des autres au lieu de rester isolés, ils peuvent arriver à se toucher. Ainsi *conglomérés*, ils constituent alors une véritable *gomme microscopique* (nodule syphilitique de Malassez, follicule syphilitique de Brissaud), pathognomonique de la Syphilis au point qu'on peut l'appeler : *Syphilôme histologique*.

Très schématiquement, voici comment ils peuvent se présenter :

a) Une couronne de cellules lymphoïdes ou embryonnaires, à protoplasme très réduit, mêlées à de nombreuses plasmazellen (véritable *plasmôme d'Unna*).

b) Une zone moyenne de cellules épithélioïdes plus volumineuses à protoplasme plus abondant, à noyaux vésiculeux, à limites plus ou moins nettes. Un certain nombre d'entre elles

semblent se fusionner et apparaissent avec 2-3 noyaux : véritables ébauches de *cellules géantes.*

c) Au centre, on peut rencontrer des cellules volumineuses à contours irréguliers, à protoplasme acidophile central très développé, à noyaux disposés en croissant ou irrégulièrement répartis, rappelant parfois les cellules géantes. Ces éléments, qu'*Unna* et *Darier* avaient déjà entrevus dans certaines lésions syphilitiques en général, vont dégénérer progressivement, jusqu'à aboutir à une *caséificatian centrale.*

Les trois zones que nous venons de décrire ne sont jamais aussi schématiques. Elles sont presque toujours floues. Leurs éléments sont plus ou moins intriqués et *les cellules géantes sont rares.* L'ensemble forme bien un tout, une gomme tendant plus ou moins à la caséification, qu'on peut quelquefois lire à l'œil nu sur la préparation, et qui est d'autant mieux circonscrite que le tissu scléreux périnodulaire tend quelquefois à lui former une coque.

Hypertrophie du tissu conjonctif avec infiltration lymphoïde et épithélioïde en éléments isolés, mais surtout en amas, gommes microscopiques, accompagnent et sont souvent dominées par des *lésions vasculaires considérables.*

D) Non seulement les gros vaisseaux sont atteints, mais les *capillaires* sont également pris :

Au lieu d'être simplement soutenus, comme à l'état normal par quelques fibrilles conjonctives, les capillaires sont entourés d'une enveloppe, sorte d'adventice, dont l'épaisseur et la structure paraissent en rapport avec l'âge et l'intensité de la maladie. Cette enveloppe devient de plus en plus dense et épaisse en même temps que le calibre des capillaires diminue.

Les *artères et les veines* subissent des modifications de leurs tuniques : externe et interne surtout.

La tunique externe s'hypertrophie, se remplit de cellules jeunes et devient en même temps fibreuse. La lumière des vaisseaux se rétrécit peu à peu et se ferme souvent par suite d'endartérite oblitérante ou de thrombophlébite.

Les altérations des canaux lymphatiques paraissent peu importantes ; *les nerfs*, par contre, souffrent assez souvent d'endonévrite et de périnévrite.

Infiltration conjonctive, petites gommes, vascularite, trois signes suffisants pour porter le diagnostic de Syphilis.

Mais lorsque le tissu conjonctif proliféré est plus avancé en âge, sa structure est modifiée ; on y retrouve bien, quoique

en plus petit nombre, les éléments cellulaires, mais la charpente conjonctive a pris un développement considérable.

Les faisceaux qui la composent sont devenus volumineux, rigides; le *tissu conjonctif de lâche qu'il était, est devenu fibreux.*

Remarquons que sur un seul et même testicule, ces *lésions ne sont pas toutes au même degré,* mais qu'elles s'y rencontrent toutes à une phase assez éloignée du début de la maladie, fait qui montre que la Syphilis n'attaque pas en même temps et en une seule fois l'organe dans toute son étendue ; elle agit comme par poussées localisées et successives.

Telles sont les modifications du tissu intertubulaire. Examinons les tubes eux-mêmes.

2°. Les *lésions du tube séminifère* sont en général proportionnelles à celles du tissu interstitiel. Cependant, il semble qu'en particulier l'épithélium séminal est moins résistant que les cellules interstitielles. Il est ainsi des points où les tubes sont déjà altérés et où le tissu interstitiel l'est relativement moins (ce qui se passe vraisemblablement dans certaines formes de ce que nous appellerons la *Syphilis Occulte*).

Elles peuvent être assez minimes si le malade a été quelque peu traité.

A un faible grossissement, on voit les tubes allongés et amincis sur coupe, à contours parfois méconnaissables — et déjà l'on remarque leur paroi très épaissie et par suite leur lumière très diminuée.

A un plus fort grossissement, ils présentent à étudier une paroi propre et un contenu épithélial.

a) La *paroi propre*, formée de lamelles conjonctives très nombreuses, concentriques, se continue insensiblement avec le tissu conjonctif interstitiel. Lâche au début, plus ou moins riche en cellules, elle devient ensuite fibreuse et se rétracte en dehors pendant qu'en dedans la lamelle la plus interne se plisse, se fronce à l'instar d'un tube trop large enfermé dans un tube trop étroit.

b) L'*Epithélium* des tubes est plus ou moins altéré. Au début, le contenu cellulaire des tubes consiste en éléments polymorphes, répondant aux stades de la spermatogénèse, mais en général, leur évolution ne va jamais au stade spermatozoïde. Elle s'arrête d'abord au stade des spermatocytes, puis au stade de spermatogonie croûtelleuse ou poussiéreuse.

Assez rapidement les spermatogonies disparaissent et les éléments Sertoliens perdent peu à peu leurs caractères spécifiques.

Dans les cas plus avancés, les cellules épithéliales sont confondues en *un amas ratatiné, granuleux,* graisseux qui remplit la

cavité tubulaire laquelle se rétrécit peu à peu, se réduit même à une fente linéaire ou étoilée.

Ainsi on aboutit à la lésion probablement irrémédiable d'un tube à paroi tellement épaissie, qu'elle a l'épaisseur de la lumière du tube qui, fort rétrécie elle-même, ne contient plus guère que des éléments indifférenciés : cellules de Sertoli plus ou moins manifestes, parmi lesquelles on peut rencontrer des cellules migratrices.

D'autrefois, le tube ne sera plus représenté que par une *coque fibreuse hyaline* avec vague lumière centrale, et peut même être transformé, au bout du compte, en un simple cordon fibreux : amas de fibres élastiques (Butchkus) qui, plongé dans un tissu conjonctif, trouve son maximum d'expression dans le testicule scléreux.

Prolifération conjonctive, puis sclérose inter et péritubulaire ; syphilômes histologiques, artérite et phlébite scléreuses, souvent oblitérante ; atrophie des canaux séminifères, tels sont les caractères microscopiques de la Syphilis testiculaire typique.

Mais les gommes vont évoluer — de microscopiques elles deviennent macroscopiques, constituant une masse caséeuse plus ou moins grande — et étant parfois le point de départ d'un fongus.

3° Les *masses caséeuses* sont comme les nodules, enkystées ou non. C'est un détritus granuleux opaque qui ne fixe plus les colorants basiques et est traversé par des portions claires : Chaque amas granuleux est un cadavre de cellule ayant fait partie d'un nodule. Les parties claires correspondent à la charpente conjonctive, à un vaisseau sclérosé, veine ou lymphatique.

Dans cette masse nécrotique, on peut quelquefois noter la persistance de travées conjonctives et de fibres élastiques, à contours plus ou moins nets ; et même des éléments cellulaires peuvent y conserver pendant un certain temps leur forme.

A la périphérie de cette masse, on trouve ou des nodules syphilitiques en voie de caséification, constitués par des éléments lymphoïdes et épithélioïdes et quelquefois des cellules géantes ; ou une zone fibreuse opaque et très riche en éléments cellulaires.

Bien entendu, de la périphérie au centre, des éléments de passage en voie de dégénérescence plus ou moins accusée.

Le ramollissement et l'expulsion de la masse caséeuse peuvent quelquefois conduire au :

4° *Fongus*. Celui-ci semble être, à notre avis, toujours *parenchymateux*.

Voici l'examen histologique d'un cas de fongus du testicule, que nous rapporterons à la fin de ce travail :

« Il est constitué par un tissu de granulation abondamment vascularisé, par des bourgeons charnus, par un tissu dont la surface tend à s'épidermiser.

» A la surface du tissu de granulationet à l'intérieur des vaisseaux, de nombreux polynucléaires (infection secondaire) qui, plus bas, sont progressivement remplacés par des lymphocytes et des plasmazellen, de sorte *qu'il n'y a pas de limite nette entre le fongus et la masse testiculaire.* »

Une question se pose enfin, à savoir si dans ces testicules syphilitiques, il y a encore du parenchyme histologiquement intact.

Quand on étudie l'état microscopique du tissu testiculaire dans la Syphilis gommeuse, on est frappé par ce fait que d'une façon générale, le tube testiculaire est altéré, même à distance de la gomme. Ce fait n'est cependant pas constant. Nous avons étudié des testicules à gommes multiples, dans lesquels à distance de la gomme, on retrouvait un parenchyme d'aspect normal, tant par ses tubes, qui avaient conservé leur spermatogenèse, que par son tissu interstitiel, qui avait conservé ses cellules. Mais la règle c'est la lésion du tube et l'œdème ou la sclérose de la région intertubulaire. Dans une observation, que nous rapporterons, nous avons trouvé pas très loin d'une gomme syphilitique un tissu testiculaire impressionnant par son peu d'altération, mais à l'intérieur des *tubes*, il n'y avait pas d'évolution complète de la lignée spermatique. Ce cas est intéressant au point de vue fonctionnel et aussi au point de vue pratique : car une biopsie portant sur cette portion de la glande aurait conclu à un testicule normal, alors qu'il contenait bel et bien une gomme.

Avant de terminer l'examen microscopique du testicule, jetons un coup d'œil sur les *annexes* :

Annexes

Prolifération conjonctive avec infiltrats de cellules jeunes en manchons périvasculaires ou en gommes microscopiques, vascularite puis sclérose se retrouvent sur *l'Albuginée*, sur *l'Epididyme*, sur la *Vaginale* même, mais avec une moindre fréquence que dans le testicule proprement dit.

Le Cordon. — Les pièces de castration dont nous disposions nous ont permis de faire l'étude anatomo-pathologique du Cordon, qu'on ne retrouve guère dans les descriptions classiques.

Le cordon contient de véritables *lymphangites* (?) *gommeuses*, à localisation surtout *péri-artérielle*, et qui contrastent avec l'intégrité à peu près absolue du canal déférent.

L'on voit dans le tissu cellulaire qui sépare les vaisseaux, une infiltration lymphoïde, voire à plasmazellen, constituer des manchons surtout périartériels, et souvent des gommes microscopiques qui peuvent, par leur abondance, aboutir à la formation de gros nodules perceptibles au toucher.

Indépendamment de ces gommes, l'infiltration entourée d'œdème modifie toujours plus ou moins l'aspect du cordon qui perd de sa souplesse et est toujours épaissi.

Deux fois il nous a été donné d'étudier la totalité du cordon sur des pièces qui avaient été envoyées à M. *Chevassu* avec le diagnostic de « Cancer du Testicule » et dans lesquelles on avait enlevé la totalité du cordon jusqu'aux ganglions lombo-aortiques.

Dans les deux cas, le cordon abdominal présentait, à l'examen microscopique, des infiltrations périartérielles tout à fait caractéristiques. Nulle part elles n'étaient cependant, assez abondantes pour constituer une lésion reconnaissable à l'œil nu.

Il est bon d'ajouter que, dans les deux cas, l'opération qui avait été faite dans l'intention d'extirper des ganglions, n'avait pas permis d'en rencontrer, ce qui va avec ce que nous savons du retentissement habituel sur le système lymphatique : *pas de ganglions pris dans le territoire gommeux.*

La lymphangite indiscutable, qui s'étend jusqu'au contact du ganglion sans atteinte appréciable de *celui-ci*, est d'une *explication difficile.*

Tels sont les signes microscopiques de la Syphilis du Testicule. On les retrouve dans la *Syphilis héréditaire* comme dans la *Syphilis acquise*, mais il convient de se rappeler, comme l'a fait remarquer *Hutinel*, que chez l'enfant le tissu conjonctif intertubulaire est normalement très riche, subissant une évolution active.

La Syphilis y trouve donc un terrain particulièrement propice, et la prolifération conjonctive étouffe l'infiltrat cellulaire et conduit très rapidement à la *sclérose*. De fait, la Syphilis héréditaire *précoce* du testicule est essentiellement *sclérogène*. Il n'en est pas de même dans la Syphilis héréditaire *tardive* : la glande spermatique ayant alors achevé son évolution, les lésions en seront calquées sur celles de la Syphilis acquise : elles seront *sclérogommeuses* et surtout *gommeuses*.

Les différents caractères que nous venons d'énumérer peuvent-ils permettre, au cours d'une lecture microscopique, de poser infailliblement le diagnostic de Syphilis ?

Quand ils se rencontrent tous, il est indiscutable. Quand il y a gommes microscopiques, il est presque certain. Quand l'infiltrat est diffus, non conglomeré en gommes, mais avec tendance au manchon périvasculaire, quand les vaisseaux sont atteints de

vascularite, il est probable. Cependant, dans un certain nombre de cas, le diagnostic microscopique ne se fait que par *élimination*. On élimine les autres, inflammations chroniques (Tuberculose ou Mycose) la sclérose diffuse chez le vieillard, parce qu'on n'en trouve pas leurs caractères nets et bien définis.

Ainsi de douteux, le diagnostic devient probable. Il finit par être certain lorsqu'on confronte les renseignements microscopiques avec les données macroscopiques, l'examen clinique et les antécédents.

C'est ce qui nous est arrivé dans deux ou trois cas et en particulier, au cours d'une nécrose brutale du testicule par oblitération probable d'un gros tronc artériel, dont nous rapportons l'observation parmi les formes de la Syphilis testiculaire aiguë.

Il est une question que l'on peut se poser : La découverte du *tréponème* a-t-elle facilité ce Diagnostic ?

Nous ne le croyons pas. Si, au cours de la Syphilis héréditaire précoce, il semble que le tréponème soit facilement décelable, aussi bien dans le tissu interstitiel que dans les tubes séminifères (*Fouquet*), dans la Syphilis acquise, il paraît plus exceptionnel. Cependant *Wartin* et *Magee* rapportent des observations où les recherches du tréponème dans les lésions syphilitiques testiculo-epididymaires ont été couronnées de succès. Il y aurait donc lieu de les poursuivre toutes les fois que l'occasion s'en présente.

Avant de clore ce chapitre, nous essayerons de donner un aperçu rapide de la *physiologie pathologique* et de la *Pathogénie* des lésions que nous venons d'étudier.

Physiologie pathologique.

Ainsi donc :

Dans un premier stade de l'infection :

Il y a apparition d'éléments jeunes embryonnaires, éléments lymphoïdes à siège (ou point de départ) surtout périvasculaire, et qui vont diffuser dans le tissu interstitiel péritubulaire et dans les travées de l'albuginée. Cette infiltration diffuse générale, mais plus souvent partielle, que soupçonnait déjà *Ricord* lorsqu'il parlait d'envahissement de la glande par un exsudat gélatiniforme, va *distendre* le testicule en totalité ou surtout en partie.

Tandis qu'à la périphérie elle entraînera des irrégularités de surface (orchite nodulaire diffuse), à l'intérieur, elle aura tendance

à comprimer tubes séminifères et vaisseaux gênant la spermatogénèse et la nutrition de la glande. Mais ces lésions sont assez légères et le plus souvent suffisamment localisées, parcellaires, pour que les fonctions glandulaires s'exercent pendant un temps assez long normalement.

Qu'un traitement efficace intervienne, et cette inffammation essentiellement résolutive, qui rappelle un peu la médiastinite syphilitique autour d'un foyer d'aortite, va se résorber remarquablement et la restitutio ad integrum sera rapide et complète.

Mais si à ce moment la résolution ne se fait pas, faute de traitement, ou pour toute autre raison, la lésion aura plus ou moins rapidement une évolution fatale, qui la conduira à deux processus terminaux bien différents, mais non moins fâcheux : le premier s'appellera la *sclérose*, le second sera la *nécrose*, amenant à sa suite, soit la résorption ou une cicatrice, soit une fistulisation donnant lieu à l'élimination.

Dans un deuxième stade :

La prolifération conjonctive s'accentue autour des vaisseaux et des canaux séminifères, les englobe dans son épaisseur et peu à peu les entoure de coques scléreuses plus ou moins denses.

Tandis que le passage du sang devient de plus en plus difficile, impossible même dans les vaisseaux, l'épithélium des tubes devient granuleux, graisseux, puis finalement se résorbe. Cette cicatrice interstitielle qui est en train de s'organiser, étrangle et étouffe progressivement les éléments nobles de la glande, voire même les nodules gommeux, s'ils sont peu développés. La réaction atteignant la dernière limite conduit à la sclérose et à l'atrophie.

Mais le plus souvent, cette sclérose est limitée, et pendant que ces phénomènes se passent sur certains points de la glande, sur d'autres ou même sur la glande entière, une évolution différente peut se faire, qui aboutira au ramollissement caséeux.

L'infiltration cellulaire spécifique, d'abord diffuse, puis conglomérée en petits syphilômes histologiques, encore résolutifs, va se préciser et former de grosses gommes, dont la caséification progressive entraînera des dégâts plus ou moins considérables.

Sclérose d'une part, gomme, d'autre part, produisent donc des troubles directs d'atrophie ou de nécrose. Ils sont également la source de troubles indirects mécaniques de compression canaliculaire et vasculaire, c'est-à-dire de diminution et de suppression de la spermatogénèse et de la circulation.

Si à ces troubles vasculaires on ajoute les lésions d'*artérite oblitérante directement spécifique*, on comprendra que le manque d'irrigation — qui devrait être au contraire augmentée ; — produise, d'une part, la mortification des gommes crues syphilitiques

primitives, et d'autre part, des zones de nécrose plus ou moins étendues, selon le calibre des vaisseaux comprimés ou oblitérés, *véritables gommes secondaires.*

Si les zones scléreuses tendaient à diminuer le volume de la glande, les gommes au contraire, tendent à l'*augmenter*. Ainsi se trouvent constitués ces testicules scléro-gommeux, de *surface* irrégulière et bosselée, de consistance variable.

Troisième stade.

Quand la sclérose domine, comme par exemple dans la Syphilis héréditaire précoce, le processus atrophique se poursuit, se généralise et au bout du compte, l'organe diminue en masse, se ratatine et réalise peu à peu l'*haricocèle*, « véritable castration sous albuginée ».

Si les gommes se développent, comme dans la Syphilis héréditaire tardive et souvent dans la Syphilis acquise, elles évolueront vers la périphérie ou vers le centre.

Dans le *premier cas*, le ramollissement gagnera vers la superficie et s'évacuera au dehors, entraînant, selon l'importance de la gomme évacuée, une perte de substance plus ou moins considérable de la glande. On se trouvera alors en présence d'une véritable caverne, dont les parois peuvent ou se rétracter, finir par se toucher et finalement se cicatriser ; ou au contraire, rester béantes, bourgeonner, et ses bourgeons prenant une extension inaccoutumée, pousseront au dehors un *fongus*, qui extériorisera petit à petit, le testicule.

Dans le *deuxième cas*, les gommes bridées par une coque albuginique épaisse, envahissent peu à peu tout le parenchyme glandulaire, réalisant ces testicules à peu près réguliers, hypertrophiques, que nous décrirons sous le nom de *formes pseudo-néoplasiques.*

Quand des gommes se sont installées dans un testicule, on conçoit qu'un traitement antispécifique, qui pourra bien arriver à faire résorber les infiltrats, à faire régresser les inflammations et les gommes microscopiques, ne puisse plus rien contre la sclérose bien établie des parois des tubes séminifères et des vaisseaux, ou contre la destruction massive du tissu testiculaire.

Et il est naturel que de pareils testicules, même guéris de leurs lésions en évolution, restent des testicules cicatriciels et scléreux tout à fait différents d'un testicule normal et souvent beaucoup *plus petits*, lorsqu'une perte de substance considérable a frappé, par ses gommes crûes, le tissu testiculaire.

On conçoit même, à voir la crudité étendue de certaines gommes intra-testiculaires, combien il sera difficile aux parties vivantes qui les entourent, de résorber ces véritables « *corps étrangers* », ces

« *séquestres* » intra-testiculaires et c'est ce qui explique probablement que de gros testicules bien manifestement syphilitiques résistent, au moins en partie, aux traitements « dits spécifiques, » lesquels ne peuvent pas plus faire disparaître des scléroses, que revivre des tissus tués !

GÉNÉRALITÉS

La Syphilis du Testicule suivant les époques et partant les conceptions des auteurs, suivant les tableaux cliniques ou les recherches anatomo-pathologiques, a reçu des noms divers, actuellement encore employés.

On l'a appelée à l'origine *Sarcocèle* (σαρξ = chair ; κήλη = tumeur) qui signifiait primitivement toute tumeur développée dans les bourses, et était appliqué indistinctement à toutes les néoplasies nées aux dépens du Testicule et de ses dépendances.

On l'a appelée ensuite *Albuginite*, nom qui a le grand mérite de désigner, sinon la forme, du moins le caractère le plus fréquent de cette affection. Il a cependant le tort de prendre la partie par le bout.

La science progresse, les termes se précisent.

Il y eut : un *Sarcocèle scléreux* par opposition au *Sarcocèle gommeux* (*Fournier*) ; une *Orchite interstitielle* (*Lancereaux*) ou *Orchite simple* (*Virchow*) qui s'opposa à l'*Orchite gommeuse*. Ces termes gardèrent en France comme à l'étranger, pendant de longues années, leur droit de cité. Mais le microscope le leur enlève bientôt. Grâce à *Reclus*, l'orchite syphilitique devient l'*Orchite scléro-gommeuse* et se subdivise en forme non *suppurée* et en forme *suppurée*.

Ces dénominations, qui paraissent être correctes, ne nous semblent cependant pas parfaites.

Le qualificatif « suppurée » imposé par *Reclus*, a été l'origine de discussions innombrables. Il nous paraît prêter à confusion.

De plus, si dans la règle les deux processus scléreux et gommeux s'unissent, il est incontestable que l'un peut prédominer de beaucoup sur l'autre, et qu'il existe même, exceptionnellement il est vrai, des gommes pures du Testicule. Enfin, la forme suppurée n'est, au bout du compte, qu'une des terminaisons de la forme non suppurée, au même titre que le fongus ou l'atrophie scléreuse. Pour nous, comme dans la Syphilis, en général, il existe des gommes (ou si l'on veut, des scléro-gommes) crues ou des gommes ramollies, des gommes fermées ou des gommes ouvertes.

Dans ces conditions, il nous paraît plus logique d'éviter toute dénomination précise qui préjuge d'un processus anatomo-pathologique quelconque.

Il nous paraît plus clinique de distinguer la Syphilis du Testicule selon sa date d'appartiion :

La Syphilis du Testicule précoce : c'est en réalité **l'Epididymite secondaire,** très exceptionnellement **l'Orchi-Epididymite.**

La Syphilis du Testicule tardive : c'est l'Orchi-Epididymite syphilitique, plus rarement **l'Epididymite tertiaire.**

Nous disons Orchi-Epididymite tertiaire (interstitielle par définition, forme scléro-gommeuse si l'on veut, albuginite très souvent, sarcocèle quelquefois) parce que, ainsi que nous les verrons, l'atteinte de l'Epididyme nous paraît au cours de la Syphilis du Testicule beaucoup plus fréquente que ne le prétendent les auteurs.

Dans cette **Orchi-Epididymite tertiaire** nous considérerons à côté de la forme type de description **(forme nodulaire diffuse)** des formes cliniques multiples :

La forme **légère**, la forme **hypertrophique**, la forme *liquidienne*, la forme **aiguë**).

Toutes, les unes plus que les autres, abandonnées à elles-mêmes, vont évoluer :

Soit vers le **ramollissement**, la fistulisation et le Fongus.

Soit vers **atrophie scléreuse** progressive et l'Haricocèle.

Mais il est évident que ce sont aujourd'hui des éventualités rares.

I

ORCHI-ÉPIDIDYMITE SYPHILITIQUE

ÉTIOLOGIE

L'orchi-Epididymite syphilitique est le produit direct de la Syphilis, mais au-dessous de cette cause primordiale, il est quelques circonstances d'importance secondaire, qui hâteront son apparition.

Nous avons donc à considérer successivement l'action essentielle de la Syphilis puis les causes occasionnelles, sans lesquelles peut-être la Tumeur ne se fût point développée.

A) Causes essentielles.

C'est le *Tréponème*. On a pu le trouver dans les infiltrats de l'orchi-Epididymite diffuse, acquise (Wartin) ou héréditaire (Fouquet) voire plus rarement, dans l'orchi-Epididymite gommeuse.

Le Testicule est un des pôles d'attraction du Tréponème. C'en est même un de ses dépôts. Son affinité pour la glande spermatique est bien connue des expérimentateurs, comme nous venons de le voir.

a) Fréquence.

Mais l'atteinte du Testicule n'est pas un accident fatal de la Syphilis. Un très grand nombre de Syphilis, sinon la plupart, semblent évoluer sans retentir sur la glande spermatique.

Des essais de statistiques ont été faits de tout temps.

Balme, dans sa thèse (1876) publie une statistique de Fournier d'après laquelle sur 2.300 observations, il y a eu 70 cas de sarcocèle, soit 1 pour 32.

Jullien estime que les lésions spécifiques trouvées dans la

glande spermatique, s'observent à peu près, dans un dixième des cas de vérole (25 cas sur 234).

Reclus a trouvé 1 cas sur 38 et 1 cas sur 37, mais pour conclure, dit-il, il faudrait un nombre de faits bien plus considérable.

Tedenat, pendant une période de 10 ans, n'a observé que 15 cas de syphilôme tertiaire, mais il ne spécifie pas le nombre de Syphilitiques qui avaient été soumis à son observation pendant ce laps de temps.

Dieulafoy, dans une de ses cliniques, disait que c'est une complication assez fréquente de la Syphilis.

Voilà pour les Classiques.

Voyons ce qu'écrivent les auteurs modernes :

En France, peu de chose :

Dans les manuels d'enseignement *(Gilbert* et *Carnot)* la Syphilis du Testicule figure sur le même rang que la Syphilis hépatique, soit 1 sur 30. Dans leurs monographies *Malherbe* la signale chez 8 à 10 % des Syphilitiques, et *Hamonic* conclut qu'avec le foie, le Testicule est l'organe le plus atteint.

A l'Etranger.

En Allemagne : *Micheel* insiste sur la rareté de la Syphilis testiculaire surtout gommeuse.

Au contraire, *Butchkus* dans sa thèse, débute en disant que la Syphilis du Testicule est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'écrit.

En Amérique : *Ravogli* trouve dans sa clientèle privée 3 Syphilis du Testicule sur 100 Syphilitiques. Il en note 5 % dans sa clientèle hospitalière.

Par contre, *Symmer*, sur 171 cas de Syphilis acquise latente : autopsiés chez l'homme au Bellevue Hospital, a trouvé 67 fois, l'Orchi-Epididymite syphilitique soit 39 %, tandis que dans ses statistiques, la Syphilis hépatique n'atteint que 16 %. Nous sommes donc loin des chiffres classiques. Nous nous en éloignons bien davantage avec *Weston*, qui trouve de l'atrophie ou de l'orchite scléreuse de *tous* les testicules des adultes syphilitiques arrivés sur la table d'autopsie.

Wartin, de son côté, écrit que ses recherches anatomo-pathologiques lui permettent de conclure que chez les syphilitiques autopsiés, les testicules sont les organes les plus fréquemment atteints, après le cœur et l'aorte.

Et *Hermann*, qui le cite, ajoute que la triade : Myocardite interstitielle, Aortite et Orchite fibreuse, est un complexe pathologique qui indique la présence certaine de l'infection syphilitique chez le mâle.

Comment concilier des chiffres aussi éloignés les uns des autres ?

Peu de statistiques sont conformes à la réalité. Elles sont, cependant, utiles, car elles permettent d'établir une moyenne.

Les statistiques des syphiligraphes sont au-dessous de la vérité, parce que la plupart des Syphilis du Testicule ne sont pas vus par eux.

Les statistiques américaines sont impressionnantes. Quelques-unes nous paraissent exagérées ; en particulier, toutes les orchites fibreuses et les atrophies testiculaires rencontrées à l'autopsie des Syphilitiques ne sont pas obligatoirement d'origine spécifique.

Il y a plus.

Les statistiques des cliniciens ne valent que pour les Orchi-Epididymites syphilitiques patentes, évidentes.

Les statistiques des anatomo-pathologistes, valent pour celles-ci et pour les autres.

C'est ce qui explique leur éloignement.

En réalité, il paraît bien difficile, sinon impossible, de fixer avec quelque précision, la fréquence de la Syphilis testiculaire.

Il est d'abord un fait d'ordre général : à la faveur de la thérapeutique moderne et de la facilité du traitement, les accidents secondo-tertiaires ou tertiaires, dont fait partie la Syphilis testiculaire, sont en baisse.

L'Orchi-Epididymite syphilitique doit donc, elle aussi, décroître.

Mais il y a la contre-partie.

A côté des observations typiques, il existe des cas, assez nombreux, qui passent inaperçus, à cause de la lenteur insidieuse et sournoise avec laquelle ils évoluent.

Ricord avait raison de dire « qu'il faut qu'un médecin chargé d'un service de Syphilitiques surveille plus les testicules de ses malades, que les malades eux-mêmes ». Il ne faut pas conclure de ce précepte que l'Orchi-Epididymite syphilitique est très fréquente mais qu'elle est souvent ignorée, et qu'il faut examiner le système génital des syphilitiques comme on examine leur appareil circulatoire ou leur système nerveux.

En plus de ces cas latents, il existe des erreurs de diagnostic (assez rares), qui entraînent des castrations pour des soi-disant Tuberculoses ou Cancers, que l'on ne confirme pas par un examen histologique.

Il existe des hydrocèles syphilitiques (assez fréquentes) qui passent pour être essentielles, et sont traitées comme telles.

Il existe enfin, une Syphilis du Testicule Occulte, sur laquelle nous insisterons, qui n'a pas de traduction clinique, mais que l'anatomo-pathologiste découvre sur la table d'autopsie ou sous l'objectif du microscope.

Nous dirons donc : *que la Syphilis du Testicule est bien plus*

fréquente qu'il n'est admis, mais que si la Syphilis du Testicule en général est fréquente, l'Orchi-Epididymite syphilitique classique est plus rare.

Pour notre part, nous possédons depuis 4 ans, près de 60 observations d'Orchi-Epididymite syphilitique, mais il est bon d'ajouter que la plupart ont été prises dans le service de notre maître M. *Chevassu*. Les autres ont été découvertes par nous à Saint-Louis. Nous avons, donc, été favorisés. Nous avons pu suivre 35 de ces malades, et dans les onze derniers mois, nous avons observé au moins 15 cas de Syphilis du Testicule certaine (non tenu compte des Epididymites secondaires).

Nous avons, donc, l'impression que l'Orchi-Epididymite syphilitique n'est pas une affection très courante, mais que parmi les accidents secondo-tertiaires ou tertiaires, elle est fréquente, plus fréquente que la Syphilis hépatique ; que parmi les tumeurs des bourses, elle vient après la Tuberculose avant le Cancer, et bien avant l'Hématocèle.

b) La date d'apparition

De l'Orchi-Epididymite syphilitique est très variable. On dit qu'elle constitue un accident tertiaire. C'est vrai le plus souvent. Mais, les différentes périodes de la Syphilis (la tertiaire en particulier) sont très théoriques et assez mal définies. De sorte que l'Orchi-Epididymite syphilitique est un accident tertiaire, beaucoup moins par l'époque à laquelle elle apparaît, que par la nature des lésions qu'elle provoque.

Fournier disait qu'elle se voyait surtout dans la *deuxième, troisième, quatrième* année de la Syphilis. Ce serait donc une manifestation tardive par rapport à l'Epididymite secondaire, mais un accident jeune de la Syphilis tertiaire. Elle se place à la *lisière* des périodes secondaires et tertiaires. Elle serait, comme on le dit, *secondo-tertiaire*.

Mais il est des Orchi-Epididymite *très précoces* et très *tardives*.

Vidal de Cassis en aurait vu au cinquantième jour.

Nélaton, Curling, Ricord, Reclus, Lang du troisième au quatrième mois. *Sabrazès* au cinquième mois. *Mracek*, dans le sixième mois. M. *Darier*, dans une observation d'Epididymite secondaire, signale déjà la présence d'une plaque d'albuginite. Nous-mêmes, dans un cas un peu semblable, nous avons cru palper deux grains de plomb testiculaires.

Peut-on conclure avec Ricord que le sarcocèle syphilitique appartient aux accidents secondaires par l'époque de son apparition ?

Certainement non.

Car on en rencontre dans la 8^{e}, 10^{e}, 15^{e}, 20^{e}, 23^{e}, 30^{e} (*Fournier*,

Barraud) et même 37e année (*Williams*) de la Syphilis et dans tous ces cas, l'orchi-Epididymite a une tendance gommeuse particulièrement marquée.

Nous avons compulsé quarante observations, dans lesquelles l'âge de la Syphilis est signalé, car très souvent l'affection est niée. Nous sommes arrivés à établir que : *exceptionnelle* avant la 2e année de l'infection ; *fréquente* dans la 2e *et la* 3e, elle diminue jusqu'à la 7e, *augmente* un peu à cette époque, diminue à nouveau, subit une *recrudescence à la* 15e, pour redevenir *exceptionnelle* dans les années qui suivent.

Il nous a semblé aussi que lorsqu'elle était très précoce ou très tardive, l'apparition de l'orchi-Epididymite syphilitique était en rapport étroit avec une cause occasionnelle. Nous y reviendrons.

De ce qui vient d'être dit, on peut déjà inférer que :

c) *L'âge*

Des malades est lui aussi *très variable*. Le syphilôme testiculaire est de tous les âges.

Jullien divise ses faits comme suit : 2 cas avant 20 ans ; 7 cas de 20 à 30 ans. 9 cas de 30 à 40 ; 4 cas de 40 à 50 ans.

Nous-mêmes, nous relevons : de 20 à 30 ans : 21 observations ; de 30 à 40 : 13 ; de 40 à 50 : 7 ; 7 après 50 ans ; 7 avant 20 ans.

C'est donc, dans la période de la plus grande activité sexuelle, que la Syphilis frappe d'ordinaire le testicule, ce qui tient vraisemblablement aux conditions favorables qu'engendre la fatigue de l'organe, dans cette période de la vie. Nous verrons que pareillement dans la Syphilis congénitale, la localisation testiculaire prédomine chez le nourrisson, au moment de la petite puberté ; à l'époque de la grande puberté chez le jeune homme.

On voit ensuite l'orchi-Epididymite syphilitique devenir moins fréquente à mesure que l'âge avance. Elle est donc très rare chez le vieillard. Chez l'enfant, au contraire, on l'observe assez souvent (dans plus du tiers des cas : Hutinel), mais elle se présente alors, non plus (du moins très exceptionnellement, deux observations) comme un effet de la Syphilis acquise, mais comme une manifestation de la Syphilis héréditaire.

d) L'*influence du tempérament et de la constitution*

Parfois du terrain, ne nous a pas semblé donner lieu à quelque considération particulière. Jadis, on attachait de l'importance à la scrofule, au lymphatisme, et l'on avait même décrit un « scrofulate de vérole, » qui ne nous a pas paru exister sur la glande séminale.

e) Le *terrain*

Influe-t-il d'un autre côté l'évolution de l'orchi-Epididymite vers la gomme ou vers la sclérose ?

Il est bien difficile de se prononcer.

Il s'agit là bien entendu du terrain général, et non pas du terrain local, que nous aurons à étudier dans le chapitre des « Associations pathologiques, » et où les influences réciproques des affections associées paraissent évidentes.

Nous avons pu suivre deux malades atteints de manifestations bacillaires évolutives, et qui présentaient un orchi-Epididymite syphilique, type albuginite. Tous deux ont parfaitement guéri par le traitement. L'un d'eux est mort de Tuberculose Pulmonaire douze mois plus tard.

f) L'habitation des climats

Chauds et humides (Cochinchine) aurait, elle aussi, d'après *Tedenat*, une influence incontestable sur l'étiologie de la Syphilis tertiaire.

Il nous reste à envisager deux questions :

1° Le rapport entre l'Orchi-Epididymite syphilitique et les autres manifestations syphilitiques.

2° Le rapport entre la gravité de la Syphilis et l'Orchi-Epididymite syphilitique.

L'Orchi-Epididymite syphilitique *ne s'accompagne pas* le *plus souvent d'autres manifestations de la Syphilis.* Encore faut-il distinguer les accidents évidents (assez exceptionnels) et les stigmates cachés, qu'il faut rechercher (un peu moins rares). Dans l'ensemble, on peut dire qu'un cas sur cinq ou six orchi-Epididymites s'accompagne d'autres manifestations syphilitiques. Il s'agit alors, le plus souvent, d'une forme gommeuse coïncidant avec d'autres gommes. Le reste du temps, l'Orchi-Epididymite syphilitique apparaît isolée, et c'est précisément ce qui rend son diagnostic clinique difficile.

Pour les classiques, il y a relation entre l'apparition d'un Syphilôme testiculaire et la malignité de l'infection spécifique.

Ricord, dans ses observations de Syphilis graves, consigne une lésion du Testicule tous les 5 ou 6 cas.

Reclus, ajoute qu'une Syphilis maligne a grande chance de provoquer un sarcocèle.

Jullien, de son côté, écrit : que le sarcocèle est souvent précédé d'accidents antérieurs graves : chancres phagédéniques ou éruptions pustuleuses généralisées.

Pour l'Epididymite secondaire, ces conclusions, nous le verrons,

sont vraies ; pour le syphilôme tertiaire, elles nous paraissent fausses.

Les accidents qui précèdent la manifestation testiculaire sont tellement peu graves, que le plus souvent ils passent inaperçus. Plus d'une fois nos malades ont nié, en toute sincérité, l'infection syphilitique et étaient stupéfaits de l'apprendre.

Enfin, on ne peut admettre que ce soit l'expression d'une « vérole forte, » cette localisation, qui évolue si lentement et qui, traitée, rétrocède si vite.

Il est, par contre, d'autres facteurs qui, à notre avis, jouent un rôle primordial dans l'Etiologie de la Syphilis du Testicule : ce sont les causes occasionnelles et plus précisément, les causes locales.

B) Causes occasionnelles.

Pour expliquer la localisation testiculaire au cours d'une Syphilis légère, les auteurs cherchèrent à invoquer les causes occasionnelles.

Déjà *Verneuil* et son élève *Petit* avaient remarqué que les Syphilômes choisissent, de préférence, les organes affectés d'une tare. *Ricord* insistait, d'une part, sur les excès vénériens ; d'autre part, sur la continence trop prolongée. Et dans ses leçons, *Fournier* disait : « Sur plusieurs malades, le développement du sarcocèle a succédé manifestement à des prouesses érotiques immodérées. »

Pareillement, *Valette*, de Lyon, cité par *Tédenat*, pouvait s'écrier d'une façon pittoresque : « Si les Syphilitiques hommes de cabinet meurent de Syphilis cérébrale, les vérolés entachés du vice de paillardise sont très menacés de Syphilômes testiculaires. »

Nous avouons ne pas avoir cherché à vérifier ces assertions. Elles sont logiques.

Nous avons de même constaté que le surmenage glandulaire imposé par la poussée génitale de la « *puberté* » du nourrisson ou du jeune homme, était une cause occasionnelle certaine de la Syphilis héréditaire.

Par contre, ce qui nous a frappé bien davantage, c'est l'importance capitale des lésions quelquefois traumatiques, très souvent inflammatoires, qui précèdent *de près ou de loin*, le développement de l'orchi-Epididymite syphilitique.

Les auteurs n'y insistent pas assez, et cependant tous en parlent : *Tanturri*, *Reclus*, *Rohmer*, *Jullien*. La *traumatisme* paraît dans certains cas (de *Langenbeck*, *West*, *trois cas personnels*) jouer un rôle incontestable. Il constitue alors une cause de débilitation, comme une inflammation banale.

De même, dans le passé d'une orchi-Epididymite syphilitique on pourrait trouver une *Epididymite secondaire* (*Tanturri*,

Darier, Balme) ; on trouve l'Epididymite *Tuberculeuse*. Nous avons trouvé une Orchi-Epididymite *urinaire*, une orchite *typhique*, mais surtout la *Blennorragie avec ou sans localisation Orchi-Epididymaire*.

Nous avons l'impression qu'au Testicule la Blennorragie prépare le nid de la Syphilis, comme elle prépare celui de la Tuberculose (et quelquefois de la Syphilis aussi) à l'Epididyme.

Qu'il s'agisse de *locus minoris resistentiae*, ou qu'on imagine toute autre hypothèse pathogénique, le fait est là.

On ne peut, en tous cas, admettre qu'il y ait simple coïncidence de deux affections vénériennes, dont l'une la Blennorragie est extrêmement fréquente. Et la preuve c'est que lorsque cette dernière se complique d'une Orchi-Epididymite c'est sur le Testicule antérieurement atteint, que dans la règle va se fixer la Syphilis. Quelquefois même, elles se suivent de si près, qu'elles semblent coïncider.

Deux exemples parmi plusieurs :

1° H..., 30 ans. Hérédo-syphilitique évident, blennorragie depuis un mois. Actuellement en très bonne voie. Découverte par le médecin d'une Orchi-Epididymite gommeuse, cédant rapidement au traitement.

2° M..., tuberculeux. Syphilis primaire il y a un an, soigné par une série de 914. Blennorragie depuis trois mois. Il y a 21 jours, Orchi-Epididymite à début aigu, traitée par révulsion et repos. Actuellement, gomme typique du Testicule, incisée par erreur. Epididyme légèrement augmenté de volume à la queue. Le traitement au 914 fait rétrocéder la tumeur testiculaire. L'Epididyme reste stationnaire.

Dans d'autres cas, l'infection syphilitique se localise sur un testicule malformé : une *ectopie testiculaire*, par exemple, sur laquelle se greffe, cependant, plus souvent le Cancer.

Enfin, dans un cas, chez un malade Heredo-syphilitique, nous avons vu une Orchi-Epididymite syphilitique se développer sur un testicule antérieurement atrophié, et nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas là d'un véritable rappel tardif d'une affection syphilitique de l'enfance.

Par conséquent, tout ce qui lèse directement ou indirectement, la glande génitale : infection (et au premier rang la Blennorragie), traumatisme, malformation, constitue, malgré les réserves de *Hélot*, un point d'appel à la localisation testiculaire de la Tréponémose.

Mais si dans un certain nombre de cas, la cause occasionnelle est évidente, très souvent sinon le plus souvent, la Syphilis du Testicule apparaît *sans cause, sponte sua* (*Fournier*). C'est ce qui faisait dire à *Dupuytren* que chez un syphilitique le développement spontané d'une tumeur testiculaire doit faire penser à la Syphilis.

SYMPTOMES

FORME TYPE DE DESCRIPTION

Forme nodulaire diffuse. Albuginite
F. scléro-gommeuse non suppurée. Orchite interstitielle

Assez fréquente, elle réalise *le type moyen*. En voici une observation :

Observation 1. — Th..., Léon, 30 ans.

Entré à l'hôpital pour gonflement du Testicule droit datant d'un mois.

Marié, *pas d'enfants*, femme bien portante, pas de fausse-couche.

Antécédents personnels. — A 18 ans, *Blennorragie*, soignée à Cochin par des lavages, accompagnée d'*orchi-épididymite droite*. *Nie* tout *antécédent spécifique*. Ne tousse pas.

Depuis un an le malade habite la campagne, exerce la profession de meunier. Jouit d'une bonne santé.

Habitué à porter des fardeaux lourds, il aurait eu *il y a un mois un accident* : en descendant un escalier, alors qu'il chargeait un sac sur son dos, « il a glissé, lâché le sac, tout en ressentant une douleur appréciable dans la partie droite ».

2-3 *jours après*, est apparue de ce côté un gonflement énorme, qui aurait augmenté pendant une huitaine ; la peau y était normale, légèrement violacée, la tumeur *piriforme* aurait remonté jusqu'au canal inguinal, et son contour, précise le malade, aurait rappelé celui d'un haricot à convexité externe. La surface aurait été bosselée et d'une dureté ligneuse. Et cependant, elle n'était pas *très douloureuse*. Le malade a pu continuer à travailler très modérément, en se reposant la moitié de la journée. *Au bout d'une dizaine* de jours, la tumeur a regressé, prenant son aspect actuel.

Puis le malade est venu à Paris.

Actuellement :

A droite, on constate un gonflement du testicule, qui est à peu près *ovoïde*, long de 9 cm., large de 6 cm.

La peau est à ce niveau normale d'aspect, glissant bien sur la tumeur. Plissée comme normalement, ce qui n'est pas en rapport avec la distention qu'elle a dû subir lors de l'apparition de la très volumineuse tumeur du début.

Vaginale. — On sent à la partie supérieure de la tumeur, une tumeur molle, fluctuante, transparente, semblant être constituée par le cul-de-sac supérieur de la vaginale.

Ailleurs, la séreuse adhère au testicule et ne peut en général être *pincée*.

Testicule. — On y sent des parties formant *saillie*, des *noyaux assez réguliers* de forme, plutôt en *plaques très dures* bosselant la surface de la glande et *irrégulièrement* distribuées.

Epididyme. — Lorsqu'on saisit la glande, de manière à l'extérioriser du scrotum, on sent, en une zone paraissant répondre à la *Tête de l'Epididyme* un noyau très dur, non douloureux, bosselé. Au-dessous, on sent une série de saillies formant comme un chapelet.

Vers le pôle inférieur et en arrière de la tumeur, un noyau très dur.

Sensibilité. — On peut pincer profondément le *Testicule, sans réveiller* sur *aucun de ses points* la *sensibilité* normale spéciale de la glande.

Par contre, cette palpation profonde, permet de sentir profondément des noyaux plus ou moins aplatis, bourrant la glande sur les côtés et en arrière.

Cordon. — On sent mal la continuation *du cordon* perdu à son origine, perdu dans la tuméfaction molle du pôle supérieur de la tumeur. *Ailleurs* il paraît *légèrement infiltré* dans son segment antérieur, tandis que la *canal déférent est normal.*

A gauche, l'aspect est différent. Le testicule semble de volume normal. Le malade n'y accuse aucune modification, mais on sent au niveau de la *queue de l'Epididyme* et *sur la glande* de petits noyaux *très durs* indolores, comparables à ceux de l'autre côté comme dureté, mais de taille inférieure.

A la partie moyenne de la glande, on reconnaît la consistance et la *sensibilité normales.*

La tête épididymaire est normale. La vaginale contient un léger épanchement. Le cordon est intact.

Le Toucher rectal ne montre rien de spécial du côté de la prostate ni des vésicules ou des déférents.

Les mictions sont normales. Les urines claires *sans filaments*. Tous les autres *appareils* paraissent normaux. On ne trouve pas de stigmates de Syphilis, pas de manifestations cutanées ou muqueuses. Les réflexes achiléens normaux, rotuliens forts.

Pas s. d'Argyll Roberston.

Dans les trois jours qui ont suivi, le malade a fait du côté droit une poussée d'hydrocèle aiguë, pareille, mais moins intense, à celle qui semblait avoir marqué le début apparent de l'affection.

Sur ces entrefaites, le résultat du Laboratoire Wassermann type +++ est venu confirmer les fortes présomptions du début, et montrer comme d'ailleurs l'évolution ultérieure sous l'influence d'injections de Novarsénobenzol, qu'il s'agissait indubitablement d'une Orchi-Epididymite syphilitique.

Voilà dans son ensemble une forme moyenne, à peu près typique, d'Orchi-Epididymite syphilitique.

Il convient de revenir sur les signes énumérés. Chacun mérite une analyse particulière. Et après les avoir analysés, il nous sera permis de voir que la prédominance de l'un d'eux ou leur mode de groupement, peut différencier en dehors de la forme moyenne, des formes cliniques multiples, que nous avons rencontrées.

1° Début.

Dans l'observation qui précède, il semble avoir été marqué par une poussée d'hydrocèle aiguë, en rapport peut-être avec un effort.

En réalité, il avait précédé certainement cet accident, qui eut l'avantage de révéler au malade son affection. Sans lui, peut-être, elle aurait continué à évoluer silencieusement, comme le prouve la lésion du testicule gauche, que le malade ignorait.

Le début dans cette forme chronique est *toujours insidieux*. C'est parfois une douleur, quelquefois un traumatisme, le plus souvent *le hasard* qui découvre l'affection au malade. Il est toujours antérieur au début apparent, et la preuve : c'est que dans les formes légères, c'est le médecin qui revèle au malade l'affection, dont il n'avait même pas conscience.

2° Signes physiques.

a) Téguments.

L'Orchi-Epididymite syphilitique, dit *Fournier*, est une *dégénérescence* qui se prépare et s'opère à froid. C'est le type des affections *aphlegmasiques*. Les enveloppes scrotales sont d'ordinaire normales. Cependant, indépendamment des cas à début ou à poussée inflammatoire, les téguments peuvent être infiltrés, œdémateux. Ce qui se sent plus qu'on ne le voit. On ne plisse plus, ou on plisse mal la peau scrotale ; le pli est plus *épais*. D'autres fois, ils perdent en un point leur mobilité sur les plans sous jacents, ou ils rappellent par leurs rides et leur aspect chagriné, les bourses rétractées par le froid.

Quelquefois, dans les cas de *grosse* tumeur avec hydrocèle abondante, les tuniques sont amincies, presque transparentes, ou sillonnées de nombreuses veines.

Exceptionnellement, elles sont le siège d'une gomme superficielle.

b) Vaginale.

Immédiatement au-dessous des téguments, l'on peut souvent, *sinon toujours*, constater la participation de la *Vaginale* à la lésion glandulaire.

La Syphilis du Testicule étant le type des inflammations chroniques et atteignant le plus souvent la corticalité de la glande, il n'est pas étonnant de voir la fréquence de l'atteinte vaginale.

Cette réaction peut être sèche ou exsudative. Quelle qu'elle soit, elle abolit partiellement ou complètement une propriété importante de la séreuse normale : le *pincement*.

α) Sèche : C'est une vaginale irrégulièrement *épaissie* et *adhérente* par places ou partout à l'albuginée, et quelquefois aux plans superficiels. Unie au Testicule, la vaginale ne se laisse plus pincer. De plus, l'épaississement et l'adhérence de la séreuse ne se font qu'au niveau des îlôts d'albuginite ; il arrive donc que, quoique généralisée, cette vaginalite n'est pas totale, et que

la vaginale présente, en un ou plusieurs points, des dépressions plus ou moins circulaires, des *zônes de trépanation* qui sont, pour ainsi dire, pathognomoniques de Syphilis.

Par contre, nous n'avons jamais retrouvé de vaginalite sèche plastique, se traduisant par des frottements rudes, que *Tedenat* a signalés dans deux observations.

β) *Exsudative* : *Gosselin* considérait l'épanchement comme un des meilleurs signes de Syphilis du Testitule. *Boursier* écrit que l'hydrocèle est habituelle dans le testicule scléreux ; rare (ainsi que l'avaient déjà indiqué *Pitha* et *Billroth*) dans les gommes du Testicule.

Pour *Jullien*, elle est exceptionnelle.

Reclus, par contre, la trouve dans la moitié des cas.

Nous-même, sur 26 observations d'Orchi-Epididymite syphilitique, nous relevons 16 fois de l'hydrocèle, alors que dans les livres les plus récents, on la signale comme « bien inconstante ».

En réalité, il est difficile d'établir une juste moyenne. Et comme le faisait remarquer *Reclus*, tout dépend de l'époque où l'on voit le malade.

S'il existe certainement des cas évoluant *à sec*, il nous paraît que le plus souvent, à un moment de l'affection, il y a un épanchement plus ou moins abondant. Mais il est passager ; souvent minime, il peut passer inaperçu.

D'autrefois, le processus inflammatoire, par ses épaississements considérables, jette des adhérences entre les feuillets de la vaginale, dont la cavité d'unique devient multiloculaire. L'hydrocèle se localise, perd sa mobilité et se cloisonne.

« Minimum d'épanchement pour maximum d'adhérences » (M. *Chevassu*), telle devient alors la formule.

Le processus adhésif peut se poursuivre ; les feuillets se symphysent ; le liquide se résorbe. Il se forme autour de la glande une carapace adhérente, superficiellement et profondément, un véritable capitonnage.

Nous retombons dans la vaginalite sèche.

Une remarque en passant :

Il nous a paru que dans presque toutes nos observations, l'hydrocèle coïncidait avec des lésions Epididymaires. Faut-il conclure que toute lésion Epididymaire entraîne fatalement une hydrocèle ? Non.

Cette coïncidence avait déjà frappé les auteurs.

Tedenat disait, en 1881, « que la vaginale est toujours intéressée quand les lésions envahissent tout l'Epididyme ».

Et M. *Chevassu* écrit en 1913 : « que la vaginale est, pour ainsi dire, le réactif des lésions épididymaires ».

Nous précisons que cette réaction est le plus souvent *Exsudative.*

A cette réac*t*ion, de multiples raisons ont été données : anatomiques (*Reclus*), expérimentales (*Schwartz* et *Terillon*). Il semble, en effet, paradoxal que l'Epididyme en grande partie extra-vaginal, entraîne si fréquemment des réactions de la séreuse.

Mais il faut se rappeler que la vaginale, épaisse sur son trajet testiculaire, est une pelure d'oignon au niveau de l'Epididyme. Elle réagira, donc, plus facilement à une lésion de l'Epididyme, lui-même peu épais, qu'à une atteinte du Testicule, organe plus gros, protégé par son albuginée, — à moins que celle-ci ne soit primitivement (Syphilis) ou secondairement lésée (Cancer).

Volume de l'hydrocèle :

Dans ses leçons sur le sarcocèle syphilitique, *Fournier* dit : « L'hydrocèle symptomatique du sarcocèle est toujours minime, moyenne tout au plus ».

Reclus écrit : » Le liquide contenu dans la séreuse est variable (10 à 20 cc) ».

Parfois, en effet, c'est une simple lame de liquide mobile qu'on ne reconnaît même pas toujours, tant est facile l'appréciation de l'appareil epididymo-testiculaire sous-jacent.

Parfois, c'est une quantité plus abondante (60 à 100cc) sous laquelle on devine les irrégularités de la glande génitale. Dans ce cas, la ponction nous paraît faciliter l'examen.

Mais il n'est pas rare (dans la Syphilis congénitale ou non), — et c'est là une notion nouvelle, acquise, en partie, grâce à la recherche du complément dans le liquide, — que l'hydrocèle soit volumineuse. Dans 15 cas d'hydrocèle au cours de Syphilis du Testicule, six fois il s'agissait de gros épanchement, qui n'avait pas permis d'en faire le Diagnostic étiologique. L'importance de ces cas nous autorise à décrire une forme spéciale de la Syphilis du Testicule : *la Forme liquidienne*. Nous aurons à y revenir.

A l'opposé de ces hydrocèles minimes ou abondantes, mais libres, les hydrocèles *localisées* ou *cloisonnées*. Nous en avons exposé le mécanisme.

Elles se présentent sous la forme d'un ou deux, exceptionnellement plusieurs pseudo-kystes plus ou moins grands, plus ou moins tendus.

Quand ils sont tendus, on les confond avec le Testicule si l'on omet d'y rechercher la transparence.

Quand ils sont mous, fluctuants, comme ils sont souvent limités par la vaginale découpée à l'emporte-pièce, ils rappellent la

pachyvaginalite chronique simple, camouflant complètement le Testicule sous-jacent.

Contenu de l'hydrocèle :

C'est un liquide *jaune citron*, clair, pas très épais, mais visqueux, et surtout *coagulant rapidement*.

La formule leucocytaire est très inconstante et jamais de nature à éclairer le diagnostic (*Sabrazès*).

Au contraire, la réaction du complément est assez souvent positive. Nous l'avons recherchée 6 fois ; 3 fois le Wassermann donna un résultat positif. Dans un de ces 3 cas, la réaction était négative dans le sang. On devine dès lors son intérêt diagnostic, sur lequel nous aurons à revenir. Les examens se pratiquent comme pour le *liquide céphalo-rachidien ou le liquide d'ascite. Le Hecht y est forcément illisible, mais on pourrait y rechercher la réaction à l'or ou au benjoin colloïdal.*

Contrairement à ce qui se voit chez l'adulte, le Wasserman du liquide d'hydrocèle *est exceptionnellement positif chez l'enfant*, ce qui n'a pas lieu de surprendre.

L'*épanchement* vaginal peut ne pas être toujours *clair*.

Déjà *Tedenat* avait signalé qu'il pouvait être *rosé*, ce qui démontrerait, à son avis, sa tendance vers la transformation en hématocèle.

Oelnitz, dans sa thèse, à la suite des travaux de *Kocher*, qui assimilait les affections de la séreuse testiculaire à celles des autres séreuses, conclut que l'hématocèle est assez souvent un phénomène tertiaire de la Syphilis. Et il cite des observations.

Ravogli écrit, à l'occasion d'un cas démonstratif, qu'il est reconnu que la pachyvaginalite avec épanchement sanguin est d'origine syphilitique.

Il convient d'être plus éclectique.

Il n'en est pas moins vrai que la tendance hémorragique de la Syphilis est bien connue. Pour notre part, nous avons vu d'un côté :

1° un malade opéré d'hématocèle présenter un testicule couvert de plaques de blindage qui, à l'examen microscopique, montrèrent une grosse sclérose périartérielle et une absence complète de foyers inflammatoires qui auraient pu faire croire à des lésions réactionnelles de voisinage.

De l'autre côté :

2° un malade syphilitique avéré, opéré d'une hématocèle, diagnostiquée néoplasme et qui avait été traité sans succès au novarsénobenzol.

Cependant, si l'on compare la fréquence relative des Syphi-

lis testiculaires et la grande rareté des Hématocèles en général, on comprendra que ces cas sont des exceptions.

Sous la vaginale, directement quand elle est normale, facilement si elle est distendue par une hydrocèle minime, après ponction si l'hydrocèle est volumineuse :

c) Le Testicule.

Le Volume — en est variable. La glande est plus grosse que sa congénère. Mais il faut à ce sujet, interroger le malade car il n'est pas rare que les glandes soient congénitalement inégales. Elle peut être *doublée* ou *triplée* de volume.

C'est en général un grand *œuf de poule* ; ce peut être un œuf de dinde (forme hypertrophique). Elle atteint exceptionnellement la taille d'un gros poing. C'est là un caractère important. *Le testicule syphilitique est gros, mais rarement volumineux. Au maximum de son développement il n'atteint jamais le gros volume de certains testicules néoplasiques.*

De même le Testicule syphilitique peut être de volume absolument normal, ou au contraire minuscule : un galet, une olive, un haricot.

En réalité, comme le fait remarquer *Reclus*, le volume dépend du stade de l'affection.

Grosse dans une première période, la Tumeur peut rester stationnaire pendant très longtemps et puis après un temps indéterminé, décroître et s'atrophier.

La Forme — est, dans son ensemble, conservée.

Reclus écrit que le Testicule syphilitique est aplati tel « un galet placé de champ dans la vaginale ». Cette image, restée classique depuis, est très *rarement vraie à notre avis*. Et s'il fallait poser le diagnostic de Syphilis du Testicule sur le signe du galet, on rencontrerait bien rarement cette affection.

Nous ne l'avons notée qu'une fois sur 30 observations, encore s'agissait-il d'une Orchi-Épididymite syphilitique atrophique.

Herman a comparé le Testicule syphilitique dans sa forme « interstitielle » à une « boule de billard ». Or, si nous avons rencontré des Testicules syphilitiques *lisses*, nous n'en avons jamais rencontré *de ronds*.

En réalité, la glande conserve généralement à peu près la forme normale *ovoïde*. Elle semble tout au plus avoir étendu ses diamètres primitifs : c'est, comme le disait très justement *Fournier*, un *Testicule amplifié*.

Le volume en est donc moyen, la forme conservée.

La Consistance — par contre, en est complètement modifiée ; toutes les comparaisons peuvent se faire ; toutes sont vraies ;

et cette variabilité s'explique par les irrégularités même que présente le Testicule syphilitique.

Tantôt la glande offre une rénitence générale étendue à toute la périphérie. Tantôt elle présente ça et là, un excès de rénitence, qui rappelle la balle de caoutchouc plein ou le fibrôme.

Tantôt à côté de noyaux durs, quasi ligneux, indolores, on trouve des parties molles et sensibles.

Tantôt, enfin, la souplesse des deux pôles contraste avec le disque cartilagineux du centre.

La consistance du Testicule syphilitique est, donc, très irrégulière, comme, d'ailleurs, sa surface.

Surface. — Si le Testicule syphilitique peut être lisse (boule de billard), les lésions syphilitiques envahissant dans nombre de cas le parenchyme testiculaire tout en respectant sa membrane externe, il faut reconnaître que l'*altération de l'albuginée est très fréquente.*

Aussi le nom d'*Albuginite* donné par *Ricord*, ou celui d'Orchi-Epididymite *nodulaire*, est-il exact dans la majorité des cas.

Dans 88 % de nos observations, nous notons des irrégularités de la glande.

Elles sont variables :

Il s'agit quelquefois d'une ou plusieurs tubérosités, de vraies bosselures, pareilles à une moitié de noisette, à large base d'implantation, qui déforment plus ou moins le Testicule, le rendant parfois méconnaissable. C'est le *Testicule Bosselé, bourré de noisettes*, Testicule mamelonné dans la règle gommeux.

D'autrefois — et ce sont *à notre avis, les cas les plus fréquents* — ce peuvent être des incrustations plus ou moins étendues, sans relief appréciable au toucher : soit de véritables plaques de cartilage, qui blindent en quelque sorte l'albuginée, c'est le *Testicule Blindé* (*Fournier*);

Soit de petites saillies pisiformes ou des nodules fibreux, de la taille de la moitié d'un pois, d'une tête d'épingle, d'un gros grain de plomb, d'une tête de clou, uniques ou multiples, jamais très nombreuses, confluentes ou semées au hasard. On les trouve surtout sur les côtés de la glande, près de l'insertion épididymaire. C'est le *Testicule bourré de grains de plomb.*

Mais bosselures, plaques de blindage, grains de plomb peuvent coexister.

Ainsi ce sont essentiellement les irrégularités de sa surface et de sa consistance qui caractérisent le testicule syphilitique. Elles expliquent aussi un autre caractère fondamental :

L'Indolence. — On peut le palper, le presser hardiment, le malmener, *il se laisse faire* (*Fournier*), ce qui facilite singulièrement l'exploration d'un organe si peu maniable à l'état normal.

Sur ce point, les classiques sont formels.

Le Testicule syphilitique est un Testicule qui a perdu sa sensibilité si spéciale, exquise, à irradiations inguinale et lombaire que présente la glande séminale à une pression même peu accentuée

De fait, c'est là un caractère fréquent. Mais fréquent ne veut pas dire constant.

Il n'est d'abord pas général, il souffre ensuite des exceptions.

a) Il n'est pas général, car l'insensibilité est fonction de la sclérose testiculaire. Il y a donc tous les intermédiaires entre la sensibilité parfaite et l'insensibilité absolue ; il y a de plus alternance de zones indolores et de zones à sensibilité intacte. Bref, la sensibilité de la glande est en raison inverse de sa dureté.

b) L'indolence souffre de plus des exceptions.

Il est des testicules syphilitiques (rares bien entendu) qui non seulement conservent par places une sensibilité normale, mais qui présentent en dehors de toute poussée inflammatoire, des zones (peu nombreuses) très franchement douloureuses.

Il nous est arrivé, au moins deux fois, de sentir sur un Testicule syphilitique régulier, une petite dénivellation, un peu moins résistante et très douloureuse. A l'opération, nous avons pu nous rendre compte qu'elle correspondait à la saillie d'une parcelle de parenchyme normal, étranglée dans une zone de trépanation de la vaginale.

Dans la magnifique observation de M. *Chevassu* que l'on trouvera plus loin, on verra que *Reclus* avait infirmé le diagnostic d'Orchi-Epididymite syphilitique à cause de la douleur. L'opération a montré qu'il avait eu tort. (Obs. 81)

Il n'en est pas moins vrai que l'absence de douleur provoquée, (qui malheureusement se rencontre également dans le Cancer) est par sa fréquence un bon signe de Syphilis du Testicule.

Nous verrons qu'il n'en est pas de même de la douleur spontanée.

d) *L'Epididyme*

Indépendamment des cas à prédominance épididymaire ou uniquement épididymaire, il nous paraît beaucoup plus souvent atteint que ne l'ont prétendu les classiques.

Cependant, sur la foi de quelques examens nécropsiques, *Ricord* affirmait que l'Epididyme échappe aux altérations syphilitiques et qu'il s'amincit comme un ruban sur un Testicule hypertrophié. C'est quelquefois vrai.

Pour *Fournier*, les altérations épididymaires existent dans un tiers des cas.

Reclus d'après ses relevés, augmente ce pourcentage jusqu'à 50 %.

Nous croyons qu'il est encore au-dessous de la vérité.

Dans nos observations personnelles, les lésions épididymaires figurent 18 fois sur 26, soit donc dans plus des trois quarts des cas. Chez 3 de ces 18 malades, on pinçait la tête de l'Epididyme, ce qui n'empêchait pas le reste de l'organe d'être irrégulier. Dans 15 de ces 18 cas, il y avait de l'hydrocèle, et nous avons vu que cette coexistence était fréquente.

L'atteinte de l'Epididyme peut porter sur les 3 segments de l'organe : Tête, corps ou queue. Celle-ci est bien plus souvent intègre que dans la Tuberculose ou la Blennorragie.

En pratique, au lit du malade, deux cas peuvent se présenter :

1° Le Testicule et l'Epididyme sont facilement reconnaissables.

2° Testicule et Epididyme sont difficilement ou non reconnaissables.

Dans le premier cas, il peut s'agir :

α) D'un Testicule malade et d'un *Epididyme normal*. Le sillon inter-Epididymo-testiculaire est libre. C'est le cas classique.

Il nous a paru peu fréquent.

β) D'un Testicule malade et d'un *Epididyme irrégulier*. On y sent alors la saillie d'une aveline, d'un grain de plomb, d'une noisette, très dure, indolore, occupant soit la tête, qui est normale ou grosse, pareille à la phalangette du petit doigt collé au Testicule; soit la queue; souvent le corps. Le sillon inter-Epididymo-testiculaire est net, mais rétréci. Ces cas sont fréquents.

Dans le deuxième cas : Testicule et Epididyme sont difficilement ou non reconnaissables.

α) Le Testicule est incontestablement malade, mais il est difficile de délimiter l'Epididyme, *qui est normal*, aplati, tel un fin ruban sur le versant dorsal de la glande. On peut alors le deviner, par une palpation fine, — après avoir repéré le déférent et l'avoir suivi jusqu'à son émergence, — au léger ressaut que donne son relief.

β) Testicule et Epididyme forment une masse unique *lisse* ou *très irrégulière*, dans laquelle on ne peut rien délimiter.

Par suite d'hydrocèle abondante (et alors une ponction permettra de retomber dans un des cas précédents) ;

Ou par suite d'infiltration active, qui a envahi le cul-de-sac vaginal, l'a comblé, l'a soudé aux organes sous-jacents, le sillon inter epididymo-testiculaire est effacé et les deux organes intimement confondus.

Mais dans ces cas, si l'on va à l'origine du cordon au pôle supérieur de la tumeur, et qu'on essaie de le remonter à peine, il n'est pas rare de pincer, entre pouce et médius, en arrière et en dehors, un cordon plus ou moins élastique ou mollasse

pseudo-fluctuant sensible : la *tête de l'Epididyme*. Ce sont les cas heureux assez rares, où l'on peut éliminer l'hématocèle.

Ainsi tête de l'Epididyme, mais surtout point d'émergence du déférent, permettent de préciser le siège probable de l'epididyme en arrière et légèrement en dehors dans la règle ; exceptionnellement en avant, dans les cas d'inversion testiculo-epididymaire.

Par la même occasion on appréciera les différents éléments du cordon.

e) Cordon

Tous les classiques, dans leurs descriptions, parlent d'un seul élément du cordon : le canal déférent. Ils ajoutent que dans l'immense majorité des cas, il est normal.

Ils ont raison. Il n'est cependant pas rare de trouver au cours d'une Syphilis du Testicule un certain degré de déférentite. On l'a signalé moniliforme, ou en chapelet comme dans la Tuberculose (*Vidal*, *Lancereaux*, *Lebreton*). Pour notre part, nous ne l'avons jamais vu ainsi. Quand il est modifié, le canal déférent est *gros* surtout à son origine au pôle supero-externe de la tumeur, où il se perd dans la gangue péri-Epididymo-testiculaire. Il est aussi plus *dur*, plus *rigide* ; il rappelle, ainsi, une baguette de verre ou une sonde rigide du calibre 12 à 14.

Quelquefois on ne le palpe bien que dans son tiers supérieur, parce qu'ailleurs il est noyé par les autres éléments du cordon.

Ceux-ci ont dans la Syphilis une très grosse importance.

Depuis longtemps déjà notre maître, M. *Chevassu*, insiste sur l'infiltration du cordon au cours de la Syphilis testiculaire. De son côté *Barraud*, dans une thèse inspirée par M. *Michon*, a attiré l'attention sur l'existence constante dans cette affection, de ce que l'on peut appeler : *La Funiculite antérieure*. Il ajoute que cette lésion rebelle au traitement, et qui contraste avec l'absence de déférentite, pourrait avoir une valeur diagnostique dans les cas difficiles.

En effet, quand on palpe le cordon d'un sujet normal et qu'on le pince entre pouce et médius, on peut facilement laisser échapper les différents éléments qui le composent : vaisseaux mollasses pour la plupart, parmi lesquels il n'est pas *toujours aisé de sentir* tel une corde à fouet, le canal déférent.

Quand on palpe le cordon d'un malade atteint de Syphilis testiculaire, l'on sent souvent deux parties très inégales :

α) *Une postérieure* petite : c'est le *canal déférent* déjà vu, le plus souvent d'aspect normal.

β) *Une antérieure* grosse, comme un pouce, le petit doigt, un gros crayon, ce sont tous les autres éléments du cordon, réunis par une sorte de lymphangite périvasculaire surtout péri-artérielle.

Ils forment ainsi, dans les cas nets, un tout dans lequel il est difficile de les dissocier.

Quelquefois cependant, à cette infiltration œdémateuse, il s'ajoute une augmentation de calibre des veines, qui rappelle le varicocèle.

Dans un cas de diagnostique délicat, cet état étaitt el, qu'il en avait imposé pour une varicocèle par compression ganglionnaire et fait croire à un Néoplasme (*Duval* Obs 81).

Par conséquent, Funiculite antérieure sans déférentite, constitue un excellent signe en faveur de la Syphilis.

Malheureusement ce signe peut se trouver également dans les Néoplasmes testiculaires et de plus, au cours de la Syphilis, il n'est pas constant.

Barraud le signale dans 85 % des cas. Nous croyons qu'il est au-dessus de la vérité. Nous ne l'avons retrouvé que dans la moitié de nos observations.

Plus rarement, le cordon peut présenter d'autres modifications.

A la lymphangite peut s'ajouter une infiltration active du tissu cellulaire interstitiel et même une hyperplasie gommeuse.

Dans *trois de nos observations*, le cordon présentait à 1 cm. au-dessus de son origine (dans un cas même, à sa pénétration dans le canal inguinal) bien séparés de la tête épididymaire, qui dans les trois cas était grosse et irrégulière, un ou deux noyaux durs, indolores, de la taille d'une noisette ou d'un haricot.

Enfin, dans les Testicules syphilitiques hypertrophiques massifs, on peut sentir dans le cordon, synchrones avec le pouls du malade et non avec son propre pouls, *les battements de l'artère spermatique* qui ne sont nullement, comme on le voit, pathogonomoniques du Néoplasme testiculaire.

d) Bilatéralité.

Dans la Syphilis expérimentale, l'apparition d'une orchite du côté opposé au Testicule ou au Scrotum inoculé est, comme nous l'avons vu, un signe constant et précoce de généralisation.

En clinique, la Bilatéralité est fréquente.

Pour les auteurs classiques elle est la règle, aussi ils en ont fait une Syphilis pathognomonique de Syphilis. Et de fait, lorsqu'au cours d'un Diagnostic délicat de tuméfaction du Testicule, on a la chance de trouver des lésions des deux côtés, le Diagnostic de Syphilis s'impose. Malheureusement la fréquence des altérations bilatérales nous a paru moins grande qu'on ne veut bien le dire.

Sur 44 observations relevées par lui, *Reclus* trouve que la dégénérescence existait 25 fois des deux côtés, 14 fois d'un seul.

D'ailleurs, ajoute-t-il, pour ces derniers faits les désordres étaient de date récente et rien ne démontrait que l'autre Testicule demeurerait sain.

D'après les statistiques nécropsiques, *Symmer* signale que dans les 67 cas d'orchi-Epididymite chronique découverts par lui, les deux testicules étaient atteints 40 fois ; 27 fois une seule glande était touchée ; 19 fois la gauche, 8 fois la droite. Il en concluait que lorsqu'elle est unilatérale, la Syphilis touche surtout le Testicule gauche, confirmant ainsi une remarque clinique, faite quelques années auparavant, par *Campbell Williams*.

Nous avons voulu nous faire une impression personnelle.

Sur 62 observations publiées en France ou en Allemagne : 37 fois la Syphilis du Testicule unilatérale, 25 fois bilatérale.

Nous-même, sur 31 cas, nous relevons 14 de Bilatéralité, 17 d'unilatéralité : le Testicule droit étant aussi souvent touché que le gauche, sinon davantage.

Les statistiques sont assez dissemblables, ce qui est la règle quand on en étudie plusieurs. Il y a, cependant, moyen de les concilier. *Micheel* écrit que l'orchite gommeuse est toujours unilatérale, l'orchite interstitielle étant le plus souvent bilatérale. En fait, la Bilatéralité n'est nullement fonction de la nature des lésions.

Comme l'avait déjà remarqué *Reclus*, elle est en rapport avec leur *ancienneté*.

Une glande est prise. Le malade ne s'en aperçoit pas ou n'en a cure. Après une période plus ou moins longue, l'autre ne tarde pas à être envahie, et fait curieux que nous avons constaté au moins quatre fois, c'est la dernière infiltrée qui parfois devient la plus malade.

Il n'en est pas moins vrai (et *Reclus* l'avait signalé) que pendant longtemps on peut suivre des malades dont une seule bourse est atteinte. Il y a là évidemment une question de terrain du malade, et de virulence de la maladie. Il semble que ces cas d'unilatéralité prolongée aient une tendance à l'évolution sclé-reuse.

La Bilatéralité est non seulement fonction de l'ancienneté des lésions, mais aussi de leur extériorisation clinique, et de leur traitement. Plus une Syphilis testiculaire aura de manifestations cliniques, plus vite le malade consultera et sera traité, moins il risquera la Bilatéralité.

Il nous a paru enfin, qu'un mauvais traitement ou qu'un traitement irrégulier la favorisaient.

Ainsi un malade castré pour une Syphilis testiculaire méconnue a toutes chances pour faire la même lésion du côté opposé.

Il en est de même du malade *irrégulièrement traité*

Deux de nos malades atteints d'orchi-Epididymite syphilitique légère d'un Testicule (depuis longtemps : 18 mois dans un cas) et qui ayant commencé un traitement novarsénobenzolique, l'avaient abandonné après le 2e ou 3e injection, sont venus trois semaines plus tard se plaindre du testicule opposé, lequel avait augmenté de volume, en perdant sa sensibilité. Il y a là peut-être un phénomène de l'ordre de la *réactivation*.

On peut donc dire que l'orchi-Epididymite syphilitique contrairement à l'Epididymite isolée secondo-tertiaire, est assez souvent *Bilatérale*.

Et si nos chiffres sont inférieurs aux chiffres classiques, c'est que peut-être nous voyons les malades plus tôt, plus précocement.

Si d'un autre côté, les statistiques de *Symmer* sont de beaucoup supérieures aux autres, c'est qu'il s'agit dans ces cas de Syphilis latentes, non diagnostiquées, non traitées qui se généralisent.

Le mécanisme de la Bilatéralité n'est pas facile à expliquer. Il s'agit ici d'embolie vasculaire et on est réduit à des hypothèses.

Nous citons pour mémoire, celle d'*Hallopeau*, qui explique ainsi la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique (1906) :

« Une néoplasie gommeuse d'une partie d'un membre peut donner lieu dans les parties exactement symétriques du membre opposé, à un trouble de l'innervation trophique qui le transforme en milieu de culture favorable à la prolifération des germes contages provenant d'un foyer et y déterminer ainsi une tumeur gommeuse identique à la première. »

3° Signes Fonctionnels.

Contrastant avec les signes physiques, que nous venons de décrire, les *signes fonctionnels* sont, pour ainsi dire, inexistants.

a) La douleur n'est cependant pas rare.

Nous avons déjà cité la *douleur provoquée*, et conclu qu'elle était rare mais incontestable.

Nous parlons, maintenant, de la douleur *spontanée*, elle est encore moins rare.

Dans l'observation placée en tête de ce chapitre, le malade voit une grosse tuméfaction testiculaire se développer très rapidement, mais il remarque qu'elle n'était *pas très douloureuse*.

L'indolence spontanée comme l'indolence provoquée est un signe de orchi-Epididymite syphilitique. C'est à cause d'elle que le malade ne consulte pas. L'absence de souffrance diminue son inquiétude.

Heureusement, c'est un signe inconstant.

Prenons au hasard 23 de nos malades : 8 accusent des douleurs

actuelles ou passées, indépendamment de toute forme aiguë ou de toute poussée inflammatoire ou fluxionnaire qui précédait, de près ou de loin, l'ouverture d'une gomme.

Ces douleurs étaient des pincements, des élancements testiculaires survenant par crises, plus ou moins rares, quelquefois aigus nécessitant, le repos au lit et des compresses chaudes, comme dans une orchi-Epididymite aiguë.

Il s'agit alors le plus souvent de Testicules normaux de taille ou petits de forme à tendance scléreuse. Le noyau sclérogommeux forme corps étranger intratesticulaire, mais surtout les filets nerveux testiculaires sont envahis et progressivement étouffés par le tissu de sclérose, comme par un tissu cicatriciel.

Au contraire, dans les formes *hypertrophiques* ou *liquidiennes*, la douleur n'est plus testiculaire mais inguinale et lombaire. Ce ne sont pas des crises, mais une sensation de lourdeur. Le Testicule est douloureux par son poids, le port du suspensoir le soulage.

b) Les désirs vénériens, les érections, ne subissent, le plus souvent, aucune modification. On n'en parle jamais d'ailleurs dans les observations du passé.

Nous avons eu l'occasion d'interroger plusieurs malades, et dans quatre cas seulement, il nous a été signalé une frigidité plus ou moins complète.

Dans un cas, il s'agissait d'une orchi-Epididymite bilatérale, dont l'une était ulcérée. Dans un autre cas, alors que la lésion était bilatérale, le malade nous faisait remarquer que son appétit sexuel était conservé, mais que son ardeur tombait dès qu'il devait passer l'acte.

Dans deux autres cas, il s'agissait de Syphilis monotesticulaire.

La diminution de la capacité congressive (*Tedenat*) du premier malade s'expliquait davantage par son état psychique que par la lésion génitale. Le deuxième malade Heredo-syphilitique présentait une Syphilis testiculaire droite, mais la glande gauche était depuis l'enfance complètement atrophiée. Pratiquement la lésion était donc bilatérale.

On peut, donc, dire que monotesticulaire la Syphilis ne modifie guère les désirs vénériens; que bilatérale, elle les modifie quelquefois, car même dans ces cas, les lésions testiculaires sont toujours assez partielles, ou du moins, ne sont pas assez généralisées pour que l'amoindrissement de la puissance virile ne soit que relatif et échappe à l'attention du malade.

c) Il en est de même de la *Spermatogénèse*.

Elle ne peut être troublée que tardivement quand les lésions sont avancées, généralisées, bitesticulaires; ou monotesticulaires coïncidant avec un testicule fonctionnellement perdu.

Chez deux des malades cités plus haut, nous avons constaté une Azoospermie complète, et chez l'un d'entre eux, qu'il nous a été donné de suivre, nous avons vu réapparaître les animalcules après un traitement prolongé. La liqueur séminale peut être elle-même modifiée.

Mais ce sont là tous points sur lesquels nous aurons à revenir longuement, car ils ont d'autant plus d'importants dans la Syphilis occulte du Testicule.

Tels sont les nombreux signes physiques et les quelques signes fonctionnels de la Syphilis du Testicule. Après les avoir recherchés, il convient de pratiquer un examen complet du malade. L'état général est, dans ces formes chroniques, parfait. L'aspect est florissant et seul le psychisme est atteint, comme toutes les fois qu'il s'agit d'une lésion de l'appareil génital.

La recherche des autres signes de Syphilis acquise ou héréditaire s'impose et nous avons vu que la coexistence des Orchi-Epididymites syphititiques, avec d'autres accidents de même nature, n'était pas fréquente.

Quant aux signes de laboratoire, ils ne font pas partie de l'examen clinique du malade. Nous les étudierons au chapitre Diagnostic.

FORMES CLINIQUES

I. Forme atténuée ou forme latente.

Elle passe toujours inaperçue.

Et c'est parce que nous avons *palpé les Testicules de nombreux malades, atteints* de Syphilis tertiaire que nous *pouvons* la décrire.

Aucun signe fonctionnel cliniquement, c'est le plus souvent d'un côté, quelquefois des deux, un testicule amplifié, plus dur que normalement, *lisse*, plus rarement irrégulier et surtout complètement *insensible*.

Consistance dure, indolence absolue à la pression la plus forte ; deux caractères capitaux de cette forme (caractères que nous avons vus diminuer, puis s'effacer sous nos yeux, grâce au traitement).

Signalons que c'est une forme sèche — que l'Epydidyme dans la règle est sain — et qu'elle *cède lentement au traitement*.

Il convient de faire remarquer qu'en examinant de parti pris le système génital des Syphilitiques tertiaires nous avons pu découvrir, non seulement une forme atténuée, comme celle que nous venons d'exposer, mais aussi une *forme typique*.

Or, nous avons dit que chez les Syphilitiques tertiaires les testicules nous paraissent atteints dans au moins un cas sur quatre.

On en conclura qu'en présence d'une lésion cutanée devant laquelle on hésite entre Syphilis et Tuberculose, par exemple, le testicule peut quelquefois donner la clé du diagnostic. C'est ainsi que dans trois cas de syphilômes en nappe douteux de la main ou de la face, nous avons pu, à la Consultation de Saint-Louis, affirmer la Syphilis avant le Laboratoire.

Observation 2. — V..., consulte pour (Saint-Louis) :

Syphilide tertiaire serpigneuse zoniforme papulo tuberculeuse nodulaire de tendance excentrique de la moitié gauche du front.

Syphilides papulo érosives du scrotum.

Examen testiculaire.

A droite : Testicule plus gros, assez dur, *indolore* insensible sauf à une très forte pression, légèrement aplati, Epididyme normal, pas de liquide.

A gauche : Testicule assez gros, moins que le droit, avec des zones dures indolores ; d'autres plus souples et sensibles.

Antécédents personnels : *Chancre en* 1915.

Revu le 1er *octobre* 1925 (après 15 injections d'huile grise et 4 Noversénobenzol).

Les testicules sont maintenant égaux, lisses, encore un peu durs ; mais la pression moyenne y réveille la douleur testiculaire. La syphilide du front est à peu près effacée.

Observation 3. — G..., (Saint-Louis). Consulte pour :

Syphilides papulo-ulcéreuses du front et du lobule du nez, cicatrisées en partie (cicatrices lenticulaires à centre atrophique et déprimé) datant de 3 ans 1/2.

Examen testiculaire :

Testicule gauche augmenté de volume, complètement insensible ; légère hydrocèle (petit kyste sous la tête de l'Epididyme).

Après interrogatoire, le malade prétend que depuis quelque temps il avait remarqué que sa partie était insensible, « comme morte » et lourde, nécessitant le port d'un suspensoir.

Antécédents personnels : Accident primitif et Roséole il y a seize ans, soignés au Protoiodure, à Ricord.

Antécédents collatéraux : Se marie cinq ans après, soit en 1914.

Sa femme a : 1 enfant à terme, en 1915 ; 2 enfants bien portants, en 1918 et en 1919. Quatrième enfant venu avant terme, chétif et malade, en 1922 ; fausse-couche de trois mois en 1924.

(Cette descendance, en rapport avec l'évolution de la maladie, était intéressante à noter).

Un mois et demi après le début du traitement, le malade qui habite la province, nous écrit : que le testicule n'avait pas diminué de volume, *mais qu'il était devenu douloureux.*

Observation 4. — B..., 49 ans, (Saint-Louis), avril 1925.

Consulte pour :

Syphilide ulcérocroûteuse de la face.

Examen testiculaire :

Testicule droit, augmenté de volume, suivant tous ses diamètres, légèrement aplati, lisse, très dur, complètement indolore et présentant à son pôle inférieur, une zone plus dure et plus irrégulière gomme ? ou séquelle d'*Hydrocèle* ponctionnée.

Pupille gauche plus petite que la droite, mais réagissant. Réflexe achiléen gauche diminué.

Antécédents héréditaires. — Chancre en 1897 traité par des pilules.

Antécédents collatéraux. — 2 enfants morts en bas âge.

Revu après 15 injections d'huile grise et 3 de Novarsénobenzol : le testicule diminué de volume, présente une moitié antérieure dure, et une moitié *postérieure rénitente, sensible.*

Observation 5. — H..., 51 ans (Saint-Louis).

Consulte pour lésion hypertrophique en nappe de la face dorsale main gauche ; on hésite entre Syphilis et Tuberculose, on penche vers la Syphilis. Nie tout antécédent, sauf : deux enfants morts en bas âge.

Examen testiculaire :

Les deux testicules, surtout le droit, sont augmentés de volume et d'une indolence remarquable ; on peut les écraser sans que le malade s'en soucie. Nous affirmons la Syphilis confirmée par le Laboratoire.

Observation 6. — R..., boulanger, 55 ans (Saint-Louis).

Consulte pour gomme du pôle inférieur de la moitié gauche du scrotum

Examen du contenu scrotal :

Volumineuse hernie et grosse hydrocèle du même côté.

Testicule droit légèrement aplati, insensible, présentant sur sa face interne trois ou quatre petites incrustations dures.

II. — Forme liquidienne.

Plus importante, parce que relativement plus fréquente et aussi parce qu'elle entraîne des erreurs de Diagnostic et par conséquent de thérapeutique, est la *Forme liquidienne.*

Nous avons vu que l'épanchement est assez fréquent au cours de la Syphilis du Testicule. Mais il est des cas où il prédomine et qui se présentent sous l'aspect d'une Hydrocèle simple. C'est d'eux que nous voulons parler.

Intentionnellement, nous les appelons : *Formes liquidiennes*, pour les différencier des hydrocèles syphilitiques pures, *si tant est qu'elles existent*, et pour montrer qu'elles sont en rapport avec des lésions orchi-épididymaires, qu'elles camouflent.

Ces cas ont été étudiés chez l'adulte par *Dufour* et *Gouez* , par *Marfan* et ses élèves, chez l'enfant.

Nous n'avons en vue dans ce chapitre que l'adulte.

Pratiquement, trois catégories de malades :

1° Des malades qui consultent pour une grosse hydrocèle gênante ; on les opère, on découvre un testicule clouté ou gommeux ;

2° Des malades syphilitiques tertiaires chez lesquels un examen systématique du Testicule découvre une hydrocèle ;

3° Des malades présentant une hydrocèle qu'un examen somatique, ou les antécédents, permettent quelquefois de rattacher à la Syphilis.

Les malades de la deuxième catégorie n'ont qu'un intérêt spéculatif.

En effet, ou l'hydrocèle est syphilitique et dans ce cas, elle doit disparaître avec le traitement auquel sera soumis le malade pour ses autres lésions syphilitiques ; ou elle ne l'est pas, et, dans ce cas, elle nous importe peu.

Au contraire, les malades des première et troisième catégories sont intéressants :

En effet, dans la *première catégorie*, il s'agit de sujets chez lesquels un traitement médical eut suffi.

Dans la troisième catégorie, ce sont des patients chez lesquels l'hydrocèle permettra de dépister une Syphilis ancienne, éclairant ainsi leur état morbide général.

A) Première Catégorie.

Observation 7. — *Orchite syphilitique tertiaire et Hydrocèle. Bernard et Pinchart* (Bruxelles).

Observation d'un malade traité pour hydrocèle banale.

Le chirurgien pratique un retournement de la vaginale, et constate un *testicule* gros, *noduleux*.

Le *Bordet-Wassermann* ultérieur est fortement positif ; le syphilôme testiculaire disparaît dès la sixième injection bismuthique.

Observation 8. — M. D..., 42 ans (communiquée par le Dr *Thévenard*).

Hydrocèle vaginale droite.

A *l'opération* (Retournement) on constate une coagulation très rapide du liquide d'hydrocèle, qui cachait un *testicule* volumineux, *clouté*.

Dans les jours qui ont suivi la réaction de Wassermann-Hecht se montra positive dans le sang.

La glande rétrocède rapidement par six injections de 914.

Observation 9. — B..., S..., 42 ans (Cochin).

Hydrocèle gauche volumineuse, se prolongeant dans le canal inguinal (volume d'une courge) allant en augmentant depuis neuf mois.

A *l'opération* on constate :

Une très abondante hydrocèle bilobée, le liquide citrin coagulant vite, un testicule gros, trois *gommes intratesticulaires* à surface jaunâtre caractéristique sont vues sur sa face interne. Teinte blanchâtre de la vaginale à ce niveau.

Biopsie sur testicule et vaginale.

Observation 10. — M. H..., 38 ans (Ville).

Hydrocèle vaginale gauche.

A l'*opération* (Retournement) abondant liquide d'apparence chyleuse, avec gouttelettes de graisses (il y a six ans, une ponction donna un liquide clair citrin).

Testicule augmenté de volume, *bosselé*. Tête épididymaire hypertrophiée et dure. Il en est de même du cordon.

Dans l'observation qui suit, on avait bien soupçonné une hydrocèle symptomatique, mais on s'était trompé sur sa nature.

Observation 11. — D..., B..., 58 ans (Bicêtre).

Tumeur volumineuse (un gros poing) ponctionnée une première fois ayant augmenté progressivement : uniformément dure en avant et en bas ; molle, fluctuante en arrière, en dedans et en dehors ; transparente, sans grande tension.

La partie dure est allongée dans le sens vertical et se prolonge sous le pôle inférieur de la masse. On sent, sur les parties latérales, une sorte de crête donnant l'impression d'un Epididyme en inversion.

Le testicule se trouverait alors en avant sous la couche de liquide.

Diagnostic : *Gros Epididyme*, plutôt *tuberculeux*.

Castration sans ouverture de la vaginale.

Coupe : Ce qu'on sentait en avant, c'était le testicule et non l'Epididyme lequel complètement sain, est en arrière et en dedans de la masse formée par le testicule, refoulé par l'hydrocèle.

Le *testicule* contient une *gomme* du volume d'une noix, en voie de ramollissement, purulente à la périphérie, sphacélique au centre. Au-dessous d'elle : une gomme plus petite de couleur ocre.

Il est inutile de multiplier les observations. Celles-là suffisent. Dans toutes, la ponction eût évité l'erreur du Diagnostic et partant, de traitement.

Voici deux cas qui le prouvent :

Observation 11 bis. — *Double hydrocèle syphilitique* (*Strominger*).
Augmentation rapide du volume d'une tête d'enfant.
La *ponction à droite* évacue 100 grammes de liquide citrin, et permet de distinguer un Epididyme épaissi, un testicule gros, résistant et lourd.
Au bout de quelques mois le liquide s'étant reproduit, on fait une nouvelle ponction : le *Wassermann du liquide et du sang sont fortement positifs.*
Mais comme le malade souffre, on lui fait un retournement de la vaginale à droite, tout en commençant le traitement.
On voit alors diminuer progressivement l'hydrocèle gauche, qui permet de sentir un *noyau de la tête de l'Epididyme.*
Toutes ces lésions disparaissent avec un mois de traitement.

Observation 12. — Pl..., E..., 70 ans (Cochin).
Grosse hydrocèle remontant dans le cordon. Ponction : on retire 60 cc. de liquide citrin ; on peut ainsi reconnaître consécutivement : *un testicule irrégulier*, bosselé, augmenté de volume. Wassermann-Hecht : positif. Le traitement. bismuthique fait rétrocéder les lésions ; le malade meurt d'un ictus trois semaines après.

B) Deuxième Catégorie.

Inutile d'insister. Tous les Syphiligraphes (1) ont vu chez les Syphilitiques tertiaires en accidents, disparaître par le traitement : une hydrocèle constatée fortuitement.

Voici un cas parmi plusieurs :

Observations 13. — G. Ph..., 63 ans (Saint-Louis).
Glossite scléreuse de la langue ; leucoplasie commissurale et labiale. Epithélioma surleucoplasique de la lèvre inférieure. Hydrocèle gauche.
Revu 40 jours après : le malade qui a été opéré de son épithélioma, a été soumis immédiatement au traitement bismuthique. L'hydrocèle a considérablement diminué.

Voici une observation inverse :

Observations 14. — S..., 53 ans (Saint-Louis).
Gommes typiques de la face externe jambe gauche.
Erosions circinées du gland et du prépuce (Balanite).
Leucoplasie commissurale étendue.
Inégalité pupillaire et réflexes paresseux.
Examen scrotal :
A droite : hydrocèle de moyenne abondance, surtout prononcée au pôle supérieur.
Après ponction, on sent un testicule lisse, non augmenté, de sensibilité légèrement diminuée. Epididyme normal, sauf à la queue qui présente un noyau dur, séquelle, sans doute, d'Orchi-Epididymite gonococcique.
Wassermann : dans le liquide : négatif, positif dans le sang. Le malade est revu après 8 injections de Bi et 6 jours de KI. Les lésions de la jambe se cicatrisent. L'hydrocèle s'est reproduite, a même augmenté.
Comme on pouvait le prévoir, il ne s'agissait pas d'hydrocèle syphilitique.

Nous possédons une deuxième observation calquée sur la précédente.

(1) *Queyrat, Darier, Gougerot, Pinard*, communications orales.

C) *Troisième Catégorie.*

Observation 15. — Observation communiquée par le Dr. *Lazard* :

En 1917, se présente à lui un agent de la Sûreté, atteint d'une volumineuse hydrocèle droite développée depuis peu. Le Dr *Lazard*, se rappelant un cas d'hydrocèle syphilitique, examine et interroge le malade. Il est frappé par ses troubles psychiques et généraux (asthénie) et apprend qu'il a eu en 1914 chancre et roséole, traités à peine par quelques injections intramusculaires.

8 injections d'huile grise firent disparaître l'hydrocèle.

Depuis, le malade est soumis tous les ans à 1 ou 2 séries de Novarsénobenzol.

Nous le voyons en *septembre* 1925, très bien portant. Il conserve cependant sur le pôle suproexterne du testicule droit une petite plaque paraissant être un épaississement de l'albuginée.

Nous avons distingué un peu artificiellement ces trois catégories de malades, dont nous avons donné des exemples.

Tous prouvent que la forme liquidienne se présente sous l'aspect d'une hydrocèle banale :

Scrotum aminci et fin. Tumeur plus ou moins piriforme, plus ou moins grosse, fluctuante ou rénitente. Transparente, irréductible, gênante par son poids, ou simplement inesthétique.

Comme la transparence ne permettra pas d'apprécier à coup sûr et à sa juste valeur l'état de l'appareil Epididymo-testiculaire, ces formes *doivent être ponctionnées.*

La Ponction.

A) *Facilite l'examen de la glande génitale* et permet de constater une lésion testiculaire isolée, ou souvent testiculo-épididymaire comme dans les formes types.

B) *Elle permet l'examen du liquide.*

a) Chimique, extemporané : coagulation du liquide, spontanée ou après addition du chloroforme (Lisbonne).

Elle a peu d'importance, car se voit dans toutes les hydrocèles symptomatiques.

b) *Bactériologique.* Lymphocytose abondante et fréquente. Aucune valeur, puisqu'elle se rencontre également dans la Tuberculose (*Sabrazès*).

c) *Biologique.* Très important : permet la recherche du *Bordet-Wassermann type*, souvent positif en cas de Syphilis (*Dufour*).

C) La ponction enfin, dans les cas de très grosses hydrocèles, est un adjuvant du traitement anti-syphilitique.

Pour toutes ces raisons, nous la considérons comme indispensable.

III. — Forme hypertrophique ou mieux pseudo-néoplasique (Syphilôme)

Le terme « hypertrophique » ne désigne pas forcément un testicule volumineux. Il désigne surtout des testicules augmentés de volume, le plus souvent dépourvus de toute irrégularité qui pourrait faire penser à la Syphilis et que, vu l'absence d'antécédants ou d'un examen de sang positif, on prend pour un néoplasme et on opère. Ils représentent assez souvent des gommes géantes nécrosées, ce qui explique l'inefficacité possible du traitement d'épreuve.

Cette forme a été décrite pour la première fois par notre maître M. *Chevassu* dans sa thèse. Elle est d'un très haut intérêt, non pas à cause de sa fréquence, mais à cause de la difficulté de son Diagnostic avec le néoplasme du Testicule qu'elle simule complètement. Voici comment il l'a décrit :

Le Testicule a le volume d'un œuf de dinde et même davantage.

Sa forme est conservée, sa surface est lisse et régulière.

L'Epididyme le coiffe de la même façon qu'il coiffe les néoplasmes.

Les autres signes accessoires syphilitiques peuvent manquer complètement. Le Testicule, du côté opposé, peut être absolument sain. Le cordon peut être infiltré et augmenté de volume comme il est dans les néoplasmes. On peut sentir les battements de l'artère spermatique comme dans tous les cas de gros testicules.

Seules les irrégularités de la vaginale permettent, *quand elles existent*, de soupçonner la Syphilis dans cette forme qui, même pièces en mains, est souvent difficile « à différencier du néoplasme, à ce point, que le microscope seul vient parfois trancher la question ».

Observation 16. — M..., 47 ans, entre à Cochin pour une tumeur de la bourse gauche, ayant débuté assez rapidement, il y a trois semaines.

Actuellement sous une peau scrotale normale on palpe un testicule gauche du volume d'un œuf de poule *lisse*. En réalité, on y sent deux régions : une antérieure ovoïde, plus dure que normalement, et présentant la sensibilité testiculaire ; une postérieure, entourant la précédente d'un véritable cimier de casque régulier, qui lui constitue une vraie niche. Elle est nettement plus dure et indolore. On serait tenté de la prendre pour un Epididyme augmenté de volume, si l'on ne sentait au-dessus du pôle supérieur de la tumeur, une tête épididymaire normale que l'on pince aisément.

Il s'agit donc, d'un gros testicule coïncidant avec une funiculite légère ; un canal déférent souple, une prostate et des vésicules normales.

Le malade nie toute spécificité et la réaction de Wassermann-Hecht est négative.

Aussi, craignant un néoplasme, on intervient d'urgence.

L'opération (castration) faite le surlendemain, montre qu'il s'agissait *de deux gommes syphilitiques testiculaires*, vérifiées macro et microscopiquement.

IV. — Forme aiguë.

Mentionnée par *Ricord* sous le nom de fluxion aiguë attaquant le Testicule, déclarée excessivement rare par *Tédenat*, elle a été admise et précisée par *Reclus* en 1882. *Rohmer*, dans la suite, la mit de nouveau en doute, et ce n'est qu'en 1886 qu'elle prend définitivement droit de cité, avec la thèse de *Cassini*.

Cet auteur conclut à la réalité possible du début inflammatoire et douloureux du sarcocèle syphilitique. Il ajoute — ce que nous n'avons pas vérifié — qu'elle se rencontre surtout chez les sujets jeunes, dans la période de grande activité sexuelle, qu'elle est l'expression d'une vérole forte, et qu'elle coïncide très fréquemment avec d'autres accidents syphilitiques secondaires ou syphilitiques tertiaires.

Pour terminer, il se demande si la lésion aiguë n'était pas précédée d'une lésion chronique développée sournoisement et constituant un moment donné un Cancer. Prédisposition à l'explosion des Symptômes aigus. Nous verrons qu'il n'en est rien, et la première observation, tout à fait démonstrative à tous égards, est dûe à *Massabuau de Montpellier*. Elle a paru dans la thèse de *Westermann* en 1908.

Voici deux observations d'orchi-Epididymite syphilitique aiguë :

Observation 17. — *Orchite syphilitique simulant une néoformation* (*Zeisse* de Vienne).

Un collègue, le Dr *C.* K..., âgé de 28 ans, a eu, il y a *deux ans*, un chancre de la verge, pour lequel il a été soigné par le Dr *Hebra*. Cet accident ne fut suivi d'aucun autre. En février dernier, C. K... est pris de douleurs dans le testicule gauche avec fièvre. Peu à peu, une hydrocèle se développa, et son volume occasionnant des douleurs, on prit le parti de la ponctionner. Cette ponction permit de sentir un testicule uni, un Epididyme et un cordon normaux.

A part le gonflement du *ganglion cubital gauche*, qui prit le volume d'un œuf de pigeon, le malade régulièrement observé, ne présentait aucun stigmate de spécificité.

Comme les douleurs testiculaires augmentaient de plus en plus et que le Dr C. K... craignait un « carcinome » avec métastase, on décida l'intervention avec extirpation du ganglion cubital. Après découverte de la tunique vaginale, on sentit une petite zone fluctuante qui, à la ponction, laissa sourdre *quelques gouttes de pus*. Une petite parcelle de l'albuginée et du parenchyme testiculaire fut excisée. On referma la plaie au catgut, après avoir marsupialisé la vaginale à la peau. L'examen histologique fait par le professeur *Zemann*, montra qu'il s'agissait de Syphilis Diagnostic qui fut confirmée par le traitement mercuriel et ioduré. La plaie guérit rapidement. La fièvre et les douleurs cessèrent. Le ganglion cubital gauche disparut complètement.

Observation 18. — *Syphilis aiguë prise au début pour un étranglement herniaire, et cédant au traitement novarsénobenzolique*, (Saint-Louis).

E... B..., 48 ans, bien portant jusqu'alors, est pris, il y a douze jours subitement, au réveil, de douleurs extrêmement violentes, d'abord dans le bas-ventre, puis dans la *partie* droite.

Douleurs *à crier, à se tordre.* Le médecin, croyant à une *hernie étranglée,* l'envoie à Tenon où il est *rasé* afin d'être opéré.

Au moment d'être transporté à la salle d'opération, on hésite sur le Diagnostic, et on met le malade en observation. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, les douleurs diminuent et se localisent. Le malade est envoyé à Saint-Louis où nous le voyons.

Malade fatigué ; ne souffre plus que par crises ; repose mieux la nuit. Présente sur la moitié droite du scrotum anormalement développée, une peau infiltrée légèrement violacée, mais froide, adhérente aux plans sous-jacents sur toute la moitié antérieure de la tumeur, qu'elle couvre. Celle-ci présente le volume d'un œuf de dinde, à tendance plutôt ronde qu'ovoïde (son diamètre antéro-postérieur étant très développé). Elle est lisse, uniformément dure et indolore à la palpation.

A son pôle supéro-externe, plutôt en arrière, il semble qu'on puisse pincer la tête épididymaire.

L'Epididyme est partout ailleurs confondu avec la masse testiculaire.

La vaginale n'est pincée nulle part.

Le canal déférent est gros et dur. Il y a une funiculite antérieure légère.

Le *testicule opposé* de volume normal, présente quelques petites irrégularités sur sa face externe. De ce côté, le malade a été opéré d'une hydrocèle, il y a sept ans.

La prostate et les vésicules étant normales, les urines parfaitement claires, le canal perméable et les mictions régulières, nous éliminons la Tuberculose, la Blennorragie, l'Orchi-Epididymite urinaire.

Les irrégularités du Testicule opposé nous font penser, malgré le *début brutal* de l'affection, à la Syphilis.

Et de fait, le malade qui ne présente aucun antécédent collatéral (deux enfants bien portants), avoue avoir rencontré le tréponème, il y a dix-huit ans, et avoir été traité par des pilules.

De sa Syphilis en dehors de l'accident actuel, il ne conserve qu'une leucoplasie commissurale gauche.

Nous l'avons revu un mois et demi après, alors qu'il continuait à suivre le le traitement novarsénobenzolique hebdomadaire.

Le testicule était devenu presque normal.

Ce sont là tous les signes d'une orchi-Epididymite aiguë, avec *début brusque,* signes généraux : température ; signes fonctionnels : douleurs très vives surtout nocturnes ; fluxion en masse de tous les plans superficiels et profonds, léger épanchement vaginal surtout en avant, grosse funiculite, tableau qui fait penser tantôt à une Orchi-Epididymite gonococcique, tantôt, lorsque le malade est rétentionniste, à une Orchi-Epididymite urinaire, tantôt enfin, à un Néoplasme.

Fréquence : *exceptionnelle.* L'âge : 40-50 ans.

Il n'y a pas de coïncidence d'autres signes de Syphilis évolutive, qui faciliteraient singulièrement le Diagnostic.

Evolution :

a) *Dans la règle,* les phénomènes aigus *durent* 8 *à* 15 *jours* au grand *maximum,* et c'est alors la *forme chronique type* qui *s'installe.*

b) *Exceptionnellement*. Ainsi que nous allons le montrer, ils continuent réclamant alors un traitement chirurgical.

Ainsi décrite, cette forme pourrait prêter à discussion. Rien ne prouve, comme le disait jadis *Rohmer*, plus tard *Cassini*, que chez de tels malades le processus aigu n'avait pas été précédé d'une lésion chronique, passée inaperçue.

S'il restait sans réponse, cet argument porterait ; la forme aiguë ne mériterait pas son nom ; ce serait une « forme chronique à poussées inflammatoires. »

En réalité, il n'en est rien. La forme purement aiguë, *suraiguë* même, existe, comme le prouvent ces deux observations, que l'on peut rapprocher dans une certaine mesure.

La première de *Massabuau* ;

La deuxième personnelle.

Observation 19. — *A) Observation de Massabuau.*

Malade qui, dix ans après un accident primitif mal soigné et qui n'a jamais eu de Blennorragie, est pris brutalement, sans cause, de douleurs très vives dans le testicule et le cordon gauche. Malgré le traitement (application d'onguent mercuriel) aucune amélioration au bout de vingt jours.

A cette époque, le testicule gauche présente le volume d'une poire. Le peau est distendue, rouge, inflammée, adhérente. La pression provoque une douleur violente en arrière et en bas, où l'on sent un sillon longitudinal. Le cordon est augmenté de volume par une *funiculite douloureuse*.

Le testicule opposé est normal. Rien au toucher rectal ni à l'examen macroscopique des urines.

On élimine le Diagnostic d'Hématocèle ; on pense à une Tuberculose Orchi-Epididymaire à évolution subaiguë, et ne voyant pas de rétrocession, on décide la *Castration*.

L'examen macroscopique de la pièce ne montre rien de particulier.

L'*examen histologique, par contre*, montrait :

a) Dans le tissu interstitiel péritubulaire :

Une infiltration diffuse de grosses cellules rondes, proliférant activement et formant des nappes, qui dans les points des plus anciens, aboutissaient à la nécrose.

b) *Au niveau des tubes séminifères* :

Une prolifération intratubulaire de cellules épithéliales de revêtement, formant papilles saillantes, qui ne tardent pas à dégénérer et à tomber dans des la cavité du tube, élargie.

A la périphérie du tube, la vitrée basale est rompue et la prolifération épithéliale s'intrique avec la prolifération de type conjonctif.

Le tableau histologique paraissait donc être celui d'un Epithélioma séminal, mais à un plus fort grossissement *Massabuau* constate :

a) Que les cellules d'infiltration présentaient, non les caractères de grosses cellules séminales, mais ceux des cellules conjonctives embryonnaires du type *Plasmazellen*, qu'elles abondaient surtout autour des vaisseaux dont les parois étaient atteintes d'*Endo* et *Péri-vascularite* très marquée ;

b) Qu'il n'y avait pas de continuité histologique vraie entre les infiltrats de cellules conjonctives et la prolifération épithéliale intratubulaire.

Il y avait seulement intrication de deux sortes d'éléments cellulaires à travers la vitrée rompue.

Le Diagnostic de *Syphilis*, ajoute l'auteur, s'imposait donc!

Observation 20. — *B) Observation personnelle.*

B..., C..., âgé de 48 ans, se présente avec une grosse tuméfaction piriforme de la moitié gauche du scrotum, qui est rouge, violacé, adhérent, fluctuant en avant.

La tumeur, assez douloureuse, se prolonge en haut par une grosse funiculite, remontant derrière le canal inguinal.

Une ponction montre que la zone fluctuante était la vaginale, recouvrant une zone solide (apparemment le testicule pathologique) et contenant un liquide *rosé*, avec plus de leucocytes que ne comportaient les globules rouges.

Bien que le malade prétende que le début date d'une semaine, qu'il ait été aigu avec gonflement brutal et très violentes douleurs (sans qu'il puisse affirmer si le testicule était normal auparavant), bien qu'il ait eu un chancre en 1917, soigné à Saint-Louis, mais abandonné depuis qu'il présente un Wassermann *négatif* et que le début de son *affection actuelle se soit fait en plein traitement bismuthique*, bien qu'il semble avoir eu récemment un écoulement mal précisé (Blennorragie ?) on pose le Diagnostic de coque vaginale recouvrant un testicule à grosse funiculite, et craignant *un Néoplasme*, on *intervient d'urgence* (48 heures après).

Opération (M. *Chevassu*). — Décollement assez pénible de la masse intra-scrotale ; isolement sur champs. La ponction de la zone fluctuante antérieure donne très peu de liquide *trouble, d'aspect purulent*. Incision sur la zone fluctuante on trouve une coque œdémateuse, lardacée d'un centimètre et on entre dans une vaginale libre, ne contenant plus de liquide. Le testicule a une albuginée d'aspect et de consistance tout à fait normales. Il n'y a pas de coloration *noire* comme dans les torsions. *Celle-ci d'ailleurs, n'existe pas*. La consistance testiculaire est, elle-même, normale sur toute son étendue. Réunion incomplète sur capitonnage.

Examen macroscopique :

Le testicule vu sur une coupe antéro-postérieure est un peu plus gros qu'un testicule normal. Il présente un aspect homogène, dans lequel on retrouve mal l'aspect habituel du Testicule. Il est de consistance diffluente et donne vaguement l'impression de la conservation des tubes testiculaires.

La couleur est bien plus pâle que celle de la glande normale. Pas de vascularisation appréciable. L'albuginée n'est pas notablement épaissie ; son feuillet pariétal est tapissé d'une couche épaisse d'aspect fibrineux.

Le cordon, augmenté de volume, englobe à la partie inférieure, la tête de l'Epididyme. Entre l'albuginée et le tissu de nécrose, il existe vers la partie inférieure du Testicule une zone plus translucide dans laquelle s'enfonce une masse particulièrement pâle et homogène à contours sinueux, ayant l'aspect habituel des *petites gommes*.

Examen microscopique.

Epididyme. — La *tête épididymaire* est constituée par des éléments peu différents de l'état normal, bien que l'épithélium soit aplati. Pas de spermatozoïdes visibles dans les cavités, mais de-ci de-là, quelques amas leucocytaires.

Les tubes sont plongés dans un tissu nettement inflammatoire, présentant des *lésions vasculaires très nettes et très accentuées* ; près de l'un d'eux, il existe une sorte de petit abcès microscopique.

Testicule. — *Nécrose quasi totale*, bien que les tubes soient encore reconnaissables.

Il existe des amas nucléaires qui ont conservé leur colorabilité. Le testicule est pour ainsi dire « *syncopé* », d'où l'on peut conclure qu'il s'agit sans doute :

D'une nécrose du testicule par oblitération vasculaire brusque probablement artérielle (artère spermatique, sa branche épididymaire semblant respectée), d'origine syphilitique.

Voilà donc deux observations qui, cliniquement du moins, se ressemblent.

Leur nature aiguë ne peut être mise en doute.

Cliniquement : le tableau était tellement brutal, qu'avant l'examen microcospique, M. *Chevassu* avait intitulé l'observation qui précède « Sphacèle du Testicule sans torsion du cordon chez un spécifique ».

Histologiquement : ni M. *Massabuau* dans son cas, ni M. *Chevassu* dans le nôtre (un peu particulier, il est vrai) n'ont pu, dans aucune de leurs coupes, constater le moindre stade de « cirrhose atrophique », qui leur eut permis de penser que ces orchi-Epididymites avaient été précédées d'une lésion chronique sournoise, cause prédisposante à l'explosion des symptômes aigus.

La nature syphilitique de ces deux orchi-Epididymites ne nous paraît pas, elle non plus, discutable.

Les malades étaient des spécifiques certains, et qui plus est, le nôtre venait de commencer un traitement bismuthique, (5^{e} injection).

Aucun des deux malades n'avait subi de traumatisme ou fait un effort, aucun n'avait été atteint de quelque infection générale qui eût pu faire penser à une orchi-Epididymite infectieuse banale, ou à une vaginalite purulente simple.

Tous deux, par contre, présentaient un testicule et un Epididyme à peu près normaux d'aspect, mais qui, sous le microscope, apparaissaient atteints de *vascularite* certaine.

Par conséquent, le *forme aiguë* de la *Syphilis du Testicule existe.*

Le plus souvent elle constitue le premier stade d'une Syphilis testiculaire chronique. Exceptionnellement les phénomènes aigus persistent, et elle prend alors une allure presque *suraiguë*. Son Diagnostic dans ces cas, est délicat, parfois impossible.

V. — Forme subaiguë.

A l'opposé de cette *forme aiguë* rare, une *forme subaiguë* qui l'est moins.

Nous l'avons décrite implicitement dans la forme type.

C'est, en effet, une forme chronique banale, entrecoupée de poussées inflammatoires et douloureuses. Il convient de noter que parfois (une observation personnelle), quand les phénomènes inflammatoires s'éteignent du côté atteint, on voit l'autre testicule se prendre progressivement et même bien davantage.

ÉVOLUTION

L'évolution de la Syphilis du Testicule est variable.

En réalité, on n'assiste jamais à son évolution complète. Quand on examine le malade, ils présente son affection depuis des mois : quatre mois en moyenne, parfois depuis des semaines, exceptionnellement depuis des années.

L'évolution peut varier avec la forme, avec le siège d'une gomme, avec le terrain, avec les causes occasionnelles intercurrentes.

En général, elle est *lente*. L'affection peut rester stationnaire pendant très longtemps (2 ans *Hallopeau*). 4 ans, 7 ans (observation personnelle).

C'est une lésion essentiellement fixe, n'envahissant, pour ainsi dire, jamais la prostate ou les vésicules comme la Tuberculose, mais, comme elle, tendant à atteindre, souvent, le testicule du côté opposé.

Comme nous l'avons vu, la majorité des Syphilis du Testicule unilatérales non diagnostiqués, par conséquent non traitées, ou mal traitées, tendent à la Bilatéralité. C'est parfois le testicule touché le dernier qui est le plus malade.

La durée de la Syphilis du Testicule ne peut donc être définie. Sa terminaison est variable.

1° *Traitée* elle guérit le plus souvent complètement. Mais il faut savoir qu'il est des cas, soit par suite de mauvaise thérapeutique, soit pour toute autre cause que nous essayerons d'expliquer plus tard, qui ne guérissent pas et qui évoluent comme une Syphilis du Testicule non traitée.

2° *Non traitée* l'Orchi-Epididymite syphilitique n'évolue *jamais* vers la résolution spontanée. Rarement elle se complique : poussée douloureuse en rapport avec un pincement du cordon, suite d'un effort ; gonflement rapide souvent énorme, peu douloureux, traduisant une hydrocèle aiguë (tous incidents qui n'empêchent pas la forme chronique de continuer son évolution froide) ;

transformation néoplasique, dont la rareté n'empêche pas l'importance, que nous signalerons ailleurs.

Mais le plus souvent la Syphilis du Testicule continue à évoluer. Et suivant que dominent les gommes ou la sclérose, l'évolution se fait, soit vers l'hypertrophie du Testicule, soit vers l'atrophie progressive de la glande.

A) Gomme,

Livrée à son évolution spontanée, la Gomme (quelquefois à la suite d'un traumatisme ou d'une poussée aiguë d'une affection génitale intercurrente) s'accroît progressivement. Bientôt elle envahit tunique par tunique toutes celles qui couvrent la glande. Sur un placard plus ou moins étendu, la peau s'infiltre, s'œdématie, se plisse difficilement, adhère aux plans sous-jacents. Puis elle s'amincit, prend bientôt un aspect rouge, puis violacé. Sous elle vient saillir une zone nettement fluctuante et douloureuse. L'évolution continue à froid, ou au contraire, des signes généraux apparaissent tout comme dans un véritable abcès chaud, obligeant le malade qui souffre, à s'aliter. Mais bientôt le calme revient, la peau s'est ulcérée, la gomme se vide et laisse écouler une *sérosité filante puriforme*, mêlée à des grumeaux blanchâtres, dans laquelle l'examen histologique ne découvre qu'une riche flore de microbes associés.

La Fistule *est ainsi installée.* Selon le siège de la gomme, testiculaire ou épididymaire, elle peut s'ouvrir sur n'importe quel point du scrotum. La lésion étant souvent testiculaire, la Fistule siège souvent en avant. Mais son siège ne permet pas, comme on le pense trop souvent, de diagnostiquer *infailliblement* la nature de la tumeur scrotale. Les cas d'inversion épididymo-testiculaire viennent encore augmenter les causes d'erreur.

Ainsi le Testicule, fixé à la paroi, dessine ses contours sur le scrotum. Celui-ci est maintenant déplissé, affiné, d'une couleur violacée. Il présente une *Ulcération régulière*, de la taille d'une pièce de 0 fr. 20 à 0 fr. 50 environ. Ses bords *rouges vif*, *décollés* et *taillés à pic*, circonscrivent une cavité anfractueuse de 1 à 3 centimètres de profondeur. Ses parois, à peine humectées d'un liquide filant, parfois séro-purulent, qui augmente par la pression de certaines zones de la glande, surplombent cette sorte de cratère, au fond duquel apparaît une matière jaune blanchâtre rappelant un peu le bourbillon de l'anthrax, quoique moins friable et se détachant par fragments. Elle représente le produit de la gomme nécrosée.

Si on essaie de l'attirer à l'aide d'une pince, on en voit sortir des filaments jaunes plus ou moins déliés, ou en peloton, pareils à des paquets d'étoupe ou à la filasse mouillée qu'on ne peut

détacher sans douleur que par lambeaux, et qui sont le plus souvent des tubes testiculaires effilochés, dissociés en voie d'élimination.

Cette expulsion peut être active et la substance vient s'exprimer spontanément entre les lèvres de l'ulcération qui grandit tous les jours.

Qu'un traitement efficace intervienne, on voit le fond se déterger, les bourgeons charnus apparaître, les bords de l'ulcération se recoller, la solution de continuité des téguments diminuer progressivement et bientôt la guérison doit être complète.

Seule une petite cicatrice en cul-de-poule, plus ou moins adhérente à un nodule scléreux sur le segment correspondant de la glande, témoignera plus tard de la souffrance du Testicule.

Si, au contraire, on abandonne l'affection à elle-même, ce qui est une exception, on assiste à une évolution d'une lenteur désespérante.

La plaie scrotale n'a aucune tendance à la réparation spontanée et deux éventualités peuvent alors se produire :

a) Si le Testicule est formé de gommes multiples, on le voit s'éliminer peu à peu, se ratatiner tous les jours et fondre jusqu'à n'être plus représenté que par un moignon informe appendu au canal déférent.

La fistule persiste indéfiniment, borgne ; ou n'étant plus alimentée, tarit.

b) Si le Testicule est occupé par une gomme de grand volume, le fond de la cavité une fois vidée, bourgeonne peu à peu. Les bourgeons végètent, deviennent exubérants, comblent d'abord la petite caverne, puis franchissent en s'étranglant, l'orifice cutané ; s'étalent sur le scrotum en masse *champignonneuse* et constituent ce que l'on appelait autrefois un *Fongus*.

Cette évolution désastreuse que l'on doit interrompre à temps, et surtout prévenir par un traitement approprié, est aujourd'hui une véritable curiosité.

Fongus

Le Fongus, en général, a une très riche histoire. Le Fongus bénin, fongus syphilitique, entrevu par *Rollet* en 1859, a été étudié et définitivement classé par *Reclus* et son élève *Minière* (1876-1881).

Depuis le mémoire de *Reclus* (1882) nous avons trouvé à peine trois ou quatre observations de Fongus syphilitique. Nous-même, nous en rapportons quatre : dont une, d'ailleurs, est peu typique.

Aussi nous n'insisterons pas beaucoup sur cette éventualité

exceptionnelle. Nous ne parlerons pas de toutes les discussions auxquelles elle a donné lieu. Nous rappellerons cependant, qu'elle succède à l'ouverture spontanée et surtout *opératoire* (deux observations personnelles) d'une gomme et qu'il s'agit d'une tumeur granuleuse, d'origine testiculaire proéminant sur le scrotum. Son volume est variable, son tissu est ferme, élastique, peu friable, rouge vif, ne saignant pas et complètement *indolore*.

Reclus en a distingué deux variétés :

Fongus superficiel.
Fongus profond.

Dans le premier cas, la gomme se développerait, à l'en croire, dans l'albuginée. Celle-ci bourgeonnerait mais ne serait pas perforée, ce qui, ajoutait-il, ne préjuge nullement de l'état du parenchyme sous-jacent.

Dans le deuxième cas, la gomme siégerait en plein parenchyme. Son expulsion ouvrirait albuginée et téguments.

Distinction subtile qui ne nous paraît pas devoir être conservée.

Le Fongus, à notre avis, semble être toujours parenchymateux. C'est logique de le penser, et ce paraît conforme à la réalité.

En effet :

1° *La Clinique* ne permet pas de localiser l'origine superficielle ou profonde du Fongus.

2° L'examen *macroscopique* montre sur coupe un Testicule pathologique se prolongeant par un bouquet de bourgeons charnus qui proéminent ou s'étalent plus ou moins sur le scrotum.

Dire *à l'œil nu* où commence et où finit le parenchyme testiculaire ce nous paraît absolument impossible. Ce l'est autant

3° A *l'examen microscopique* :

Le tissu de granulation abondamment vascularisé du fongus se continue insensiblement avec le tissu glandulaire plus ou moins reconnaissable parmi les trousseaux scléreux, ou les plages de nécrose.

Les polynucléaires fréquents de l'un sont progressivement remplacés dans les infiltrats interstitiels ou périvasculaires par les plasmazellen et les lymphocytes de l'autre.

On peut donc dire que le *Fongus* semble être toujours *profond*.

Dans la règle, le testicule reste dans sa loge, mais il existe des cas, exceptionnels, il est vrai, où la glande attirée au dehors comme par une ventouse, s'énuclée tout entière des bourses dont les enveloppes se rétractant, viennent en arrière de l'organe étreindre Epididyme et Cordon.

Photo Schaller.

Musée de photographies de l'Hôpital Saint-Louis *(Obs. 58)*.

Le Fongus s'accompagne assez souvent d'une lésion gommeuse du Testicule opposé, et il n'est pas rare qu'il coïncide avec d'autres gommes du corps. Il cède d'ailleurs *lentement* à un traitement approprié énergique, mais l'on comprend aisément que les dégâts qu'il produit compromettent plus ou moins les fonctions de la glande.

Heureusement, le Fongus demeure aujourd'hui une évolution exceptionnelle de la Syphilis du Testicule.

B) Quand les tissus scléreux dominent

La lésion, après être restée plus ou moins longtemps stationnaire, évolue vers la rétraction de la glande.

Silencieusement ou par poussées douloureuses plus ou moins rapprochées, le Testicule devient de plus en plus petit, de plus en plus dur, de plus en plus insensible, et un jour prochain on ne trouvera plus dans le scrotum qu'une sorte de noyau cicatriciel gros comme un haricot, parfois à peine comme un pois.

C'est la *Syphilis scléro-atrophique* ou *Haricocèle.*

Cette évolution qui correspond à une véritable « castration sous Albuginée, » est d'une importance variable :

Monotesticulaire : C'est une anomalie inesthétique, dont adultes ou enfants s'accommodent aisément.

Bilatérale : a) *chez l'enfant elle est désastreuse* : elle provoque des troubles profonds de l'organisme et la stérilité : séquelles que nous retrouverons dans le chapitre de la Syphilis héréditaire.

b) *Chez l'adulte*, son importance est moindre.

Fournier avait déjà signalé des sujets chez lesquels il ne reste plus que des moignons de Testicule et qui, cependant, conservent encore une certaine appétence génitale et la faculté d'y satisfaire.

La frigidité et l'impuissance ne semblent donc pas en rapport avec l'étendue des lésions.

L'*infécondité par contre est complète.*

C'est à titre de curiosité que l'on a pu citer des cas exceptionnels, (*Lejeal*, *Vidal*) où l'atrophie des glandes génitales avait modifié l'habitus extérieur du sujet comme chez les castrats.

Il n'en est pas moins vrai que l'atrophie scléreuse bilatérale peut entraîner des troubles endocriniens, quelquefois directs, d'autres fois indirects par synergie fonctionnelle.

Voici deux observations relativement récentes qui le prouvent :

Observation 21. — 1° *Observation P. Dalché* Société Médicale des Hôpitaux (1902).

Dystrophie orchidienne (pseudo-myxœdème syphilitique).

Homme de 36 ans ; à 20 ans : Syphilis ; Orchite vers l'âge de 30 ans ; d'autre part, strabisme de l'œil gauche et choroïdite syphilitique.

Début, vers 30 ans, par faiblesse générale ; puis peu à peu, gonflement des membres inférieurs, de l'abdomen et de la face, la barbe, les poils du tronc, du pubis sont tombés ; l'impuissance est complète depuis plusieurs mois.

Au moment de l'examen la face ronde, bouffie, pâle, garde « une vague apparence myxœdémateuse ».

Aux membres inférieurs, infiltration assez molle s'étendant aux téguments de l'abdomen. Vive sensibilité au pied.

La thyroïde est difficilement appréciable. Parole lente, intelligence faible, émotivité, mouvements rares, nonchalants.

Organes génitaux petits, testicules atrophiés, offrant les caractères des testicules syphilitiques. Polyurie de 4 ou 5 litres. Après un traitement, puis à la suite de l'administration d'orchitine, l'apathie et la faiblesse diminuent ; l'impuissance et la polyurie persistent.

Ultérieurement s'accusèrent une cypho-scoliose et une augmentation de volume des pieds rappelant l'acromégalie.

Observation 22. — 2° *Observation Dupré*, in thèse Paris, 1905.

Homme de 45 ans, ayant jadis moustache, poils, puissance virile.

A 30 ans, après une Syphilis, début des troubles.

Actuellement : face ronde, bouffie, glabre, moustache d'un jeune homme de 17 ans, pas de poils aux aisselles, peu au pubis, verge réduite, testicules atrophiés, du volume d'un haricot, et mous ; impuissance ; thyroïde de volume normal.

ÉPIDIDYMITE SYPHILITIQUE

Si l'on admet la division de la Syphilis en périodes (division qui implique beaucoup moins une notion de temps qu'une modalité anatomo-pathologique) on peut dire qu'il existe deux Epididymites syphilitiques :

Une *secondaire* contestée.

Une *tertiaire* incontestable, mais peu connue ; toutes deux rares.

EPIDIDYMITE OU EPIDIDYME SECONDAIRE

Dans les différentes monographies sur la Syphilis du Testicule, il est d'usage de réserver un chapitre à l'Epididymite secondaire. Celui-ci a toujours été réduit, parce qu'en général, les auteurs n'y croyaient pas. L'historique de cette affection est curieux : on la nie et on la confirme tour à tour. Aujourd'hui encore, quoique l'Epididymite secondaire ait définitivement pris droit de cité dans les livres didactiques, la majorité des auteurs la considèrent avec quelque scepticisme.

Il semble, à première vue, qu'ils n'aient pas tort.

Quand on lit, en effet, le mémoire initial de *Dron*, on est impressionné par le nombre de cas d'Epididymite secondaire que cet auteur a observés dans un laps de temps relativement court.

Et cependant, lorsqu'on consulte la littérature médicale, on est stupéfait de voir que depuis *Dron*, *Balme*, *Pascalis*, soit depuis plus de quarante ans, on ne découvre que deux observations publiées (*Darier*, *Legueu*) dont une très douteuse.

L'explication de cette contradiction paraît aisée.

L'Epididymite secondaire, devenue classique, est considérée comme une affection indigne d'être publiée.

Mais comment expliquer alors que des auteurs tels que MM. *Chevassu*, *Marion*, *E. Fournier* et bien d'autres, doutent de son existence ?

Comment expliquer que désireux de la connaître, promettant depuis des années à qui veut l'entendre « de se rendre n'importe où, n'importe quand » pour palper un Epididymite atteint de Syphilis secondaire, M. *Chevassu* n'ait pu se faire présenter un seul cas par ceux de ses collègues qui affirmaient l'avoir rencontrée, sans trop d'ailleurs le lui prouver ?

Il planait là un mystère qu'il était tentant de percer.

Après nous avoir familiarisé, pendant les deux années de notre séjour à Cochin, avec le palper de l'appareil testiculo-epididymaire, notre maître nous fit l'honneur de nous confier cette mission.

Au début, notre parti fut rapidement pris.

Passant au crible d'une critique sévère les observations de *Dron*, de *Guilleret*, de *Balme*, de *Tanturri*, de *Pascalis*, de *Giov. Melle*, nous eûmes la certitude que nombre d'entre elles étaient des erreurs de diagnostic : il s'agissait, non seulement d'Epididymites tertiaires, mais aussi d'Epididymites gonococciques, voire tuberculeuses et très souvent de kystes épididymaires.

Certaines conservaient, néanmoins, une authenticité indubitable.

Dans un deuxième temps alors, nous interrogeâmes des maîtres notoires : l'Epididymite secondaire ne rencontrait auprès d'eux que haussements d'épaules et sourires ironiques.

La » Maladie-Mystère » n'existait donc pas.

Elevé dans cette idée, nous étions nous-même porté à la nier, lorsque la poursuite de notre enquête auprès de syphiligraphes éminents qui affirmaient l'avoir rencontrée, nous obligea à quelque réserve.

Nous avons alors recherché systématiquement l'Epididymite secondaire. Cette recherche qui a porté sur un très grand nombre de malades examinés à peu près quotidiennement et pendant de très longs mois à la consultation de Saint-Louis, nous a révélé le pourquoi de la divergence qui sépare les auteurs. Elle nous a montré :

1° *Que l'Epididymite secondaire existe incontestablement* ;

2° *Que c'est une affection rare, qu'elle l'est d'autant plus que les manifestations cliniques en sont si discrètes que non seulement elles passent toujours inaperçues du malade, mais qu'elles échappent même au médecin s'il ne les recherche systématiquement et s'il n'a pas du palper épididymo-testiculaire une habitude consommée* ;

3° Que dans les travaux qui lui ont été consacrés, la multiplicité des formes décrites, la diversité et l'imprécision des périodes auxquelles elle apparaît, et aussi — pourquoi le cacher ? — *les erreurs de diagnostic qui s'y sont glissées, ont été la source de confusion.*

Voyons maintenant ce qu'est cette fameuse affection.

Voici, brièvement résumée par *Dron* lui-même, la description restée classique de l'Epididymite secondaire, qu'a précisée plus tard *Fournier* et qu'ont reproduite, avec de très légères variantes et peut-être de confusion, *Balme*, *Pascalis*, *Cuilleret*.

« J'ai montré, en 1863, que la lésion isolée de l'Epididyme est un accident de la période secondaire de la Syphilis assez fréquent, apparaissant en moyenne trois mois et demi après le chancre. Cette affection est *tantôt aiguë*, *tantôt chronique d'emblée*, et par conséquent, provoque ou ne provoque pas de douleurs. Il s'agit d'une lésion limitée, dans la généralité des cas, à la tête de l'Epididyme. La tumeur épididymaire, souvent bilatérale, présente le volume et la forme d'une noix, d'une olive, d'une noisette ou d'une pilule.

Fait très important à noter, *cette tumeur peut être détachée du testicule*. Sa consistance est ferme et mamelonnée.

Il s'agit très probablement d'infiltrations syphilitiques résolutives ; en l'absence d'autopsie, on ne peut qu'émettre cette hypothèse très vraisemblable. Le traitement par le mercure et l'iodure de potassium abrège la durée de l'Epididymite secondaire, sans toutefois exercer sur elle une action curative aussi prompte et aussi décisive que sur beaucoup d'autres lésions syphilitiques ».

Nos constatations personnelles nous permettent de décrire deux formes d'Epididymite secondaire :

1° *Une forme diffuse lisse.*

2° *Une forme nodulaire.*

Leur fréquence est à peu près égale. *Toutes deux sont rares.*

Il nous est difficile de donner un chiffre. Pendant dix mois nous avons observé une dizaine d'Epididymites secondaires certaines, mais il nous est impossible de fixer le nombre de Syphilitiques secondaires soumis à notre examen.

Dron l'a rencontrée en six mois 16 fois sur 200 malades. *Tédenat* la trouve 8 fois sur 32 cas. *Balme* compulse 2.300 observations de son maître *Fournier* et ne la voit signalée que dans 13 cas.

Thompson, dans une statistique récente, trouve 6 Epididymites secondaires sur un total de 276 Syphilitiques examinés.

M. *Donagh* considère l'Epididymite comme « un symptôme commun de la maladie » et la trouve fréquemment avant même l'éruption secondaire.

La vérité nous oblige à dire que si cet auteur se base pour porter cette affirmation sur les observations qu'il publie dans le *Journal of Urology* de 1924, il est très loin de nous convaincre.

Les opinions diffèrent donc, mais toutes ou à peu près, semblent prouver qu'il s'agit d'une affection peu fréquente.

La date d'apparition est moins discutée, sans cependant pouvoir être précisée.

Pour *Dron*, elle survient en moyenne trois mois et demi après le chancre.

Mac Donagh l'aurait découverte à la période préroséolique ; bien que l'ayant recherchée, nous ne l'avons jamais trouvée à cette époque.

On peut dire qu'elle se voit surtout *entre deux mois et demi et trois mois et demi, après l'accident primitif* exceptionnellement plus tôt, rarement plus tard. Mais il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir des éruptions secondaires retardées ou récidivantes.

En effet, l'Epididymite dont il est question dans ce chapitre, est beaucoup moins *secondaire* par sa date d'apparition, que par sa modalité : elle est contemporaine d'accidents de nature secondaire.

« Elle consiste, dit *Thompson*, en un processus d'infiltration de lymphocytes et de plasmazellen avec hyperplasie des éléments de soutien. »

1° Forme diffuse lisse.

La tête épididymaire augmentée de volume, de la taille d'un crayon, d'un stylo, est dure, contrastant avec le reste de l'organe qui conserve sa souplesse normale. Elle est collée le plus souvent

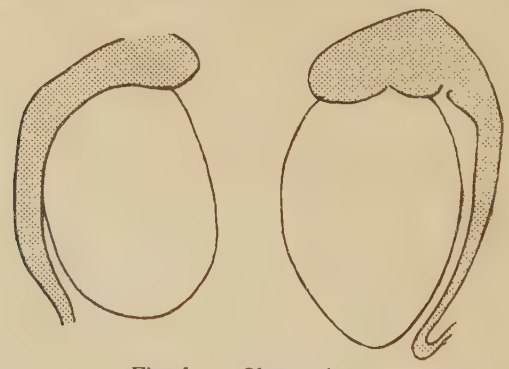


Fig. 1. — Observation 71.

contre le pôle supérieur du testicule, mais ne l'emboîte pas. L'espace inter-épididymo-testiculaire large par ailleurs, est effacé au pôle supérieur de la glande, à tel point que chez deux de nos malades, après traitement, nous avons vu cet espace s'accroître, et pu sentir dans son aire un *petit kyste sous-Epididymaire*, qu'il nous avait été impossible de soupçonner auparavant.

La douleur spontanée n'est jamais telle qu'elle oblige les malades à attirer sur elle l'attention du médecin.

Trois ou quatre malades, que nous examinions, nous ont bien dit que « leurs parties » étaient devenues sensibles, que le port du suspensoir les soulageait, mais aucun n'avait fait cet aveu spontanément.

Il est vrai qu'ils présentaient des lésions cutanées ou muqueuses qui les avaient autrement impressionnés!

La douleur provoquée nous a paru toujours très violente. Ce n'est pas la petite sensibilité epididymaire habituelle, mais une douleur aiguë, parfois insupportable (un facteur personnel peut évidemment y intervenir) au palper le plus délicat. Le malade en conserve le souvenir, et quand après trois, quatre, cinq injections on veut le réexaminer, il se laisse difficilement palper. A sa grande surprise, elle est alors complètement disparue.

Peu à peu, l'organe recouvre sa souplesse, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'il diminue de volume.

2° Forme nodulaire.

Siège. — Son lieu d'élection, comme dans la précédente : la tête épididymaire. Mais il n'est pas rare de trouver un deuxième noyau au niveau du corps exceptionnellement à la queue.

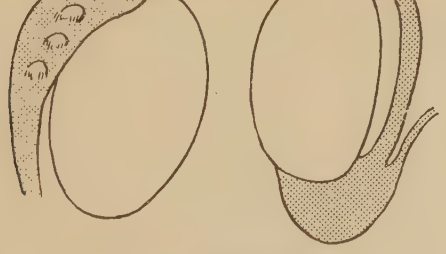


Fig 2. — Observation 69.

Leur taille nous a paru toujours *beaucoup plus petite qu'il n'est classique de le dire* ; jamais nous ne l'avons trouvée supérieure à un grois pois.

Dans la règle, ce sont des demi-pois, dont la face plane repose sur une base commune : l'Epididyme, le contour hémisphérique saillant étant seul palable.

La consistance est assez dure, différente de l'élasticité rénitente du kyste épididymaire.

Leur nombre : 1, 2 nodules, mais dans un cas nous en avons senti plusieurs. On eut dit 3, 4 anses épididymaires endurcies

se dessinant sous forme de saillies concentriques, pareilles à des *grains de raisins* qui se sont effacées après traitement.

Un signe capital que nous retrouvons dans toutes les Epididymites secondaires :

La douleur spontanée, minime ; *provoquée*, intense, exquise.

L'évolution nous a paru plus lente que dans la forme précédente.

La douleur disparaît d'abord vers la deuxième injection de Novarsenobenzol ; tous les noyaux semblent s'amollir vers la sixième. Ils s'effacent et deviennent à peine perceptibles, laissant cependant persister pendant longtemps une ou plusieurs indurations de très petite taille.

Les malades à qui on a signalé leurs malformations épididymaires prennent l'habitude de se palper eux-mêmes et accusent spontanément une amélioration progressive.

Telles se présentaient ces deux formes ; outre le siège et la douleur, elles ont d'autres points communs. La *vaginale* n'y est jamais intéressée.

La légèreté de l'atteinte explique peut-être cette intégrité ; retrouvée en partie par *Dron*, *Balme* et *Pascalis*, contestée par *Tédenat*.

Le cordon, le canal déférent, la prostate, les testicules sont intacts.

Le Testicule dans la règle est normal. La lésion testiculaire est d'un âge différent. Elle se rencontre plus tardivement.

Mais comme l'Epididymite secondaire se voit assez souvent au cours de Syphilis tenaces mal ou non traitées, qui brûlent les étapes, et dans lesquelles les accidents secondo-tertiaires sont avancés, il n'est pas exceptionnel de trouver sur le testicule une petite plaque d'Albuginite contemporaine.

Dron la trouve dans 2 observations sur 16 ; *Pascalis* une fois sur 10 ; *Balme* 10 fois sur 70 ; M. *Darier* l'a signalée dans l'observation qui précède ; nous-même croyons l'avoir rencontrée une fois.

Il est intéressant de noter que dans toutes les observations où elle est signalée, elle siège tout près de la lésion épididymaire qu'elle semble prolonger. L'Orchi-Epididymite syphilitique typique paraît compliquer ainsi, dans ces cas, l'Epididymite secondaire isolée.

L'Epididyme du côté opposé, nous paraît, dans les deux formes, rarement atteint.

Nous ne partageons pas à ce sujet, l'avis des auteurs qui donnent la *Bilatéralité* comme un bon signe d'Epididymite secondaire. *Dron*, en particulier, la signale dans au moins 9 cas sur

16. Comme nous l'avons dit, ces auteurs, dans leurs travaux, citent parmi leurs observations, quelques-unes qui sont des Epididymites secondaires certaines ; d'autres au contraire, sont sujettes à caution ; quelques-unes représentaient des kystes certains de l'Epididyme.

Enfin, autre caractère capital que nous avons retrouvé dans l'une et l'autre variété d'Epididymite : *elles coïncidaient toujours avec des lésions cutanées sévères* :

Syphilides papulo-tuberculeuses, papulo-squameuses, purpuriques, ulcéro-végétantes, urticariennes, iritis, tous symptômes traduisant une Syphilis non traitée ou mal traitée ; intense et relativement ancienne, quelquefois récidivante. Nous ne les avons pas trouvées par contre dans trois cas de Syphilis maligne précoce, qui, on le sait, n'est, somme toute, pas très maligne.

Nous ne sommes donc pas de l'avis de *Balme* qui, confondant souvent Epididymite secondaire et Epididymite tertiaire, conclut que dans la majorité des cas, elle se rencontre avec des accidents de la plus franche bénignité.

Nous pensons avec *Dron* que l'Epididymite secondaire est incontestablement *l'expression d'une vérole forte.*

Au point de vue fonctionnel : aucune modification (*Dron, Balme, Melle*), d'autant plus que dans la règle, il s'agit d'une lésion unilatérale.

Dans trois cas, nous avons recherché les spermatozoïdes, dans le sperme : dans les trois cas, nous les avons trouvés.

Le pronostic, donc, de cette affection est bon, puisque le plus souvent le malade est traité.

Traitée en effet, l'affection guérit, lentement mais complètement.

Mal traitée. Elle pourrait récidiver. *Balme* en cite un exemple.

Non traitée. A défaut (on le conçoit) d'observations personnelles, nous ne pouvons apporter que des hypothèses ou des faits cliniques anciens, alors qu'on ne possédait pas les merveilleuses armes thérapeutiques modernes.

Pour certains.

L'Epididymite secondaire se transforme *in loco* en Epididymite tertiaire. Le fait est possible et *Tanturri*, en particulier, en cite deux observations.

Pour d'autres.

L'Epididymite secondaire préparerait le nid d'un Orchi-Epididymite syphilitique typique. Le fait a été signalé par *Tanturri, Julien* et *Balme*. Ce dernier auteur cite l'observation d'un malade atteint d'Epididymite secondaire uni-

latérale et qui, six ans après, présenta un double sarcocèle avec gomme du scrotum.

M. *Darier* (communication orale), est très partisan de cette hypothèse. Pour lui, l'Epididymite secondaire représente vis-à-vis du sarcocèle ce que l'hépatite diffuse ou le foie silex est à l'égard de la cirrhose syphilitique ou les gommes du foie ; ce que la néphrite syphilitique est pour la Syphilis rénale tardive, c'est-à-dire un stade préalable, un processus diffus précoce aboutissant plus tard à des scléroses et à des gommes.

Cette hypothèse est d'autant plus plausible qu'il existe, comme nous l'avons vu, des observations où l'Epididymite secondaire s'accompagnait déjà d'un début d'albuginite, — il est vrai qu'il pourrait s'agir dans ces cas d'Orchi-Epididymites syphilitiques précoces.

Enfin, il est normal de supposer qu'abandonnées à elles-mêmes, quand elle sont bilatérales, les lésions Epididymaires puissent arriver peu à peu à provoquer une *Azoospermie* passagère d'abord, définitive ensuite. Un cas observé par M. *Milian* semble le prouver (Cf. obs. S. occulte).

Ces exceptions mises à part, l'intérêt de l'Epididymite secondaire nous *paraît limité*. C'est une affection rare, subaiguë, qui ne fait pas souffrir les malades, qui soulève peu de difficultés diagnostiques (Kyste épididymaire mis à part), *qui passe inaperçue si on ne la recherche pas.*

Qu'elle soit « l'*expression d'une vérole forte* » ce nous paraît incontestable. L'expression c'est beaucoup dire. C'est un signe complémentaire.

Mais qu'elle puisse, en cas d'hésitation, de roséole anormale, effacée ou inexistante, permettre de poser le diagnostic de Syphilis secondaire, ce nous paraît douteux.

Tanturri cependant, cite trois cas difficiles dans lesquels l'Epididymite secondaire lui a permis d'affirmer la Syphilis. Ce sont des cas exceptionnels à notre avis.

1° *Parce que l'Epididymite est rare* ; 2° *parce qu'il pourrait s'agir de kyste épididymaire* ; 3° *parce que pour reconnaître certaines Epididymites secondaires, il faut avoir palpé de très nombreux Epididymes.*

Pour toutes ces raisons, nous croyons que la *valeur diagnostique* de l'*Epididymite secondaire est nulle*, surtout comparée par exemple, à un signe beaucoup plus important, plus constant quoique ignoré, (*Louste*) la splénomégalie pré-et secondaire.

Ainsi donc, l'*Epididymite secondaire existe*, mais elle n'est pas, à notre avis, celle qu'il est classique de décrire. Et c'est de là, nous semble-t-il, que découlent les divergences qui séparent les auteurs et les contestations dont cette affection a fait l'objet.

Dron, et à la suite les différents auteurs qui se sont inspirés de son mémoire, ont décrit des *formes aiguës*, *subaiguës* et *chroniques*. Certains y ont mêlé les Epididymites tertiaires, d'autres même les sarcocèles syphilitiques, ce qui n'était pas pour simplifier la question.

A notre avis, et jusqu'à preuve du contraire, l'Epididymite secondaire est *subaiguë* et *latente*.

Pendant quatre ans, soit à Cochin soit à Lariboisière, dans les services des affections génito-urinaires, soit à Saint-Louis, nous n'avons jamais vu un malade venir consulter pour une Epididymite aiguë syphilitique. Depuis plus de trente-cinq ans, nous n'avons trouvé dans la littérature, qu'une seule observation d'Epididymite rappelant l'Epididymite aiguë secondaire. Elle est due à M. *Legueu*. Mais cette observation d'un malade que M. *Chevassu* a vu lui-même, n'est rien moins que certaine. Il est probable (vu l'absence de l'épreuve de la transparence, vu l'absence de confirmation thérapeutique) qu'il s'était agi d'un kyste de l'Epididyme.

Pour nous, on ne trouve l'Epididymite secondaire que *quand on la cherche. Ce n'est pas elle qui amène le malade au médecin, c'est le médecin qui la révèle au malade.*

C'est pourquoi, quand des auteurs de la valeur de MM. *Chevassu*, *Marion*, *E. Fournier* nient l'existence de la Syphilis secondaire de l'Epididyme, qu'ils considèrent comme une vue de l'esprit, ils ont raison.

C'est pourquoi aussi, quand des Syphiligraphes tels que MM. *Darier*, *Queyrat*, *Gougerot*, *Carle*, nous affirment l'existence de la Syphilis secondaire de l'Epididyme ils ont, eux aussi, raison.

Les uns et les autres ne voient pas les mêmes malades et les derniers ne trouvent l'Epididymite secondaire que lorsqu'ils la recherchent.

Il y a plus :

Non seulement les classiques ont fait de l'Epididymite secondaire une affection aiguë, mais aussi une affection typique évidente : une noix, une olive dure, douloureuse, accessible aux doigts les plus inexpérimentés.

Or, pour le moment et *jusqu'à preuve du contraire*, nous nous inscrivons en faux contre cette assertion.

Et nous disons :

— L'*Epididymite syphilitique secondaire existe certainement*, nous en avons vu, mais *ses lésions en sont — actuellement — discrètes.*

— L'*Epididymite de Dron existe peut-être, mais nous ne l'avons jamais rencontrée.*

Et cette dernière contradiction s'explique elle aussi :

1° Parce que *Dron* et ses successeurs n'ont pas toujours fait le départ entre un noyau secondaire, une gomme syphilitique et un kyste de la tête ;

2° Mais surtout parce que *Dron* et ses successeurs observaient des formes de la Syphilis que nous ne voyons plus.

En 1925, certains accidents syphilitiques sont devenus des curiosités ; d'autres ont complètement disparu, comme d'autres encore disparaîtront un jour.

Car telle est la loi du *Progrès*!

OBSERVATIONS

1° *Forme Nodulaire.*

Observation 23. — Epididymite secondaire droite (Saint-Louis).

V..., consulte pour une éruption.

A eu, il y a deux mois et demi, une ulcération du gland qui s'est cicatrisée en trois semaines. Quelques jours après, a présenté une éruption généralisée :

Actuellement : des éléments cuivrés papulo-squameux et papulo-tuberculeux, *dont quelques-uns entourés d'une collerette (Biett), se voient sur le front, le cuir chevelu, le thorax, les pieds.*

Plaques muqueuses du tiers antérieur du bord gauche de la langue.

Fig. 3. — Observation 23.

A l'*examen de l'Epididyme*, on trouve :

A droite : un épididyme assez gros dans l'ensemble, collé au Testicule ; on sent à la *tête* et à la partie moyenne du corps, une bosselure, du *volume d'un demi-pois, très dure et très douloureuse.*

Le testicule est souple, sensible. La vaginale est facilement pincée.

A gauche : l'Epididyme est souple, collé au testicule, mais régulier. Des deux côtés les cordons sont normaux et on ne sent aucune modification de la prostate, ni des vésicules.

Les urines sont claires, pigmentées : le premier verre contient quelques filaments dans lesquels l'examen bactériologique montre : du mucus, et quelques bactéries à Gram positif.

Antécédents personnels. — Bronchite, deux Blennorragies.

Epreuve à la Tuberculine : réaction locale nulle.

Le malade est soumis au traitement Novarsénobenzolique.

Première injection de Novarsénobenzol de 0 gr. 30, produit une violente réaction thermique d'Herzheimer.

Trois jours après la deuxième injection de 0 gr. 45, on trouve : un Epididyme droit toujours assez gros, mais la nodosité de la tête a franchement diminué.

Revu après la sixième injection de *Novarsénobenzol* : l'Epididyme aminci est devenu souple, légèrement sensible à la palpation.

La tête épididymaire est à peu près normale ; on sent cependant une légère petite induration du corps.

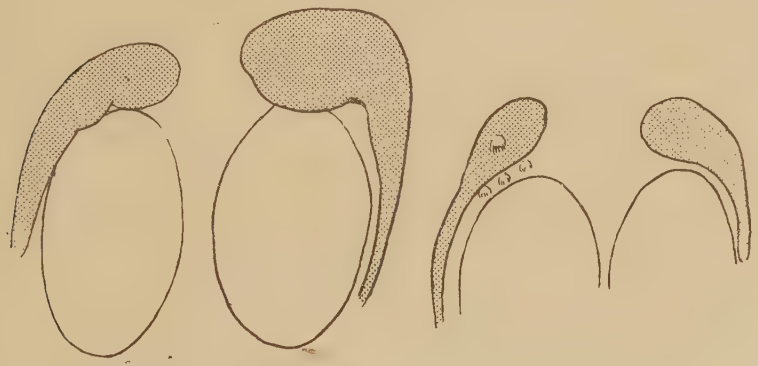
Le malade, prévenu dès le début de sa localisation épididymaire accuse spontanément une amélioration évidente, et se laisse palper très facilement maintenant, alors qu'à sa première visite, la douleur rendait l'examen difficile.

2° *Forme Diffuse.*

Observations 24. — Epididymite secondaire bilatérale (Saint-Louis).

S..., H..., 36 ans ; a eu un chancre du filet, il y a deux ans et demi, suivi bientôt de roséole. Actuellement, celle-ci est très estompée. Mais le malade présente des Syphilides papulo-croûteuses du fourreau, des Syphilides érosives, des commissures labiales, une adénopathie généralisée et gros ganglion épitrochléen.

L'*Epididyme droit* lisse et souple par ailleurs, est augmenté de volume au niveau de la tête qui, collée contre le testicule, est sensible.



Avant traitement *Après*

Fig. 4. — Observation 24.

L'*Epididyme gauche* a une tête *volumineuse, adhérente au testicule, lisse, très dure et très douloureuse.* Rien au toucher rectal, urines claires.

A eu une Blennorragie, mais pas d'Epididymite.

Après trois injections de Bismuth soluble Mouneyrat à 0 gr. 30 chacune, la roséole a complètement disparu, les lésions cutanées se sont effacées.

L'*Epididyme droit*, est méconnaissable : la tête est maintenant souple et on y sent un petit noyau lisse et rénitent. Sous elle, trois petites indurations rondes, rénitentes, indolores : vraisemblablement des kystes intra et sous-épididymaires.

L'*Epididyme gauche, complètement indolore*, a diminué de trois quarts.

II. — EPIDIDYMITE TERTIAIRE

Nous avons vu qu'au cours de la Syphilis testiculaire, apanage de la période tertiaire, l'atteinte épididymaire était beaucoup moins rare qu'il n'est classique de le dire. Mais il existe *des cas* où l'Epididyme est seul pris, du moins, cliniquement. Ces cas sont assez peu fréquents, mais incontestables.

C'est *Dron* le premier qui décrit l'Epididymite tertiaire, c'est-à-dire, dit-il : « le syphilôme localisé à l'Epididyme lésion unilatérale, envahissant parfois tout l'organe, provoquant des douleurs, et rétrocédant rapidement par un traitement ioduré ou mixte ».

Dans la suite, *Tanturri*, *Balme*, puis *Pascalis*, décrivent, sans étiquette précise, des observations certaines d'Epididymite tertiaire. *Reclus* lui-même, qui était assez sceptique sur les manifestations épididymaires isolées, en communique une très belle observation.

Jonnart en 1895, et plus tard (1896) *Delahaye* lui consacrèrent leurs thèses inaugurales, et ce dernier en publia huit observations anciennes et une personnelle.

Voici brièvement la description qu'il en donne :

« Début en général subaigu, induration, dans la règle, unilatérale, irrégulière et souvent totale de l'Epididyme sans adhérences au Testicule, dont il peut être isolé (contrairement à

Fig. 5. — Observation 25.

l'Epididymite blennorragique et tuberculeuse). Tendance à la sclérose ou à l'évolution gommeuse, mais d'un excellent pronostic si l'on intervient à temps. »

Plus près de nous, M. *Lebreton* et *Minet* apportèrent au Congrès d'Urologie de 1919, des observations d'Epididymite tertiaire isolée. Ils furent confirmés dans leur opinion par MM. *Chevassu* et *Michon*.

En Amérique : *C. Williams*, *Fraser*, *Michelson*, *Thompson*;

En Angleterre : *Pedersen* et *Ware* ont insisté dans leurs articles ou revues sur l'Epididymite tertiaire.

Voici ce que nous avons vu :

Observations 25. — Grosse Epididymite nodulaire tertiaire unilatérale (Cochin).

F..., M..., consulte pour une augmentation de volume de la bourse droite, dont il précise mal le début. On sent au-dessus du testicule droit qui est souple, petit, sensible et collée à lui, une induration de la taille d'un petit *noyau de pêche*, irrégulière, très dure, un peu douloureuse, occupant vraisemblablement la tête de l'Epididyme dont le corps et la queue vermiculaires sont normaux. Cordon souple. Prostate et vésicules normales. Urines claires. Chancre *il y a quatre ans*, soigné par des injections intra-musculaires. Réaction de Wassermann-Bauer très positive. Floculation 52. Rétrocession rapide par le 914.

Par conséquent, l'Epididymite tertiaire isolée existe incontestablement, et ce qui le prouve d'une façon indéniable, c'est l'observation suivante de Dufour :

Chez un malade syphilitique présentant une hydrocèle et mourant d'une maladie intercurrente, un examen nécropsique permet de découvrir une gomme de la tête de l'Epididyme, alors que macro et microscopiquement le Testicule était indemne.

La fréquence en est comme toujours discutée. « Rareté pathologique » dit *Jonnart*, qui en trouve 4 sur 2.000 syphilitiques ; peu fréquente, pour *Mauriac*, qui en cite deux observations, l'Epididymite n'est pas rare pour *Dron*, pour *Réale* (157 cas sur 4.363 syphilitiques) et *Giovananni Melle* (4 observations sur 38).

Nous avons observé quatre cas, mais nous nous garderons de donner un pourcentage. Il ne pourrait être qu'erronné. Nous avons cependant l'impression que *Jonnart* exagère. Nous croyons que loin d'être une affection fréquente, l'Epididymite syphilitique tertiaire est rare, mais surtout parce que rarement diagnostiquée. Quelquefois elle demeure méconnue du malade et du médecin ; d'autrefois, elle est confondue avec une Epididymite de nature différente : Epididymite tuberculeuse dans la règle.

L'Epididymite tertiaire semble le plus souvent unilatérale. Elle débute exceptionnellement d'une façon brutale par de fortes douleurs (*Jonnart*, *Pinner*). Le plus souvent, elle est silencieuse. Parfois, on peut la découvrir après une ponction d'hydrocèle, ou au cours d'un examen systématique des Syphilitiques tertiaires (2 cas personnels).

C'est tantôt une *gomme pure* siégeant le plus souvent à la tête, qui peut être bien isolée du Testicule. Tantôt une *forme sclérogommeuse diffuse ou plurinodulaire* semblant débuter assez souvent à la tête, pouvant envahir le reste de l'organe et même prédominer à la queue.

La péri-épididymite est alors constante unissant Epididyme et Testicule, qui s'emboîtent.

La tête épididymaire est grosse, irrégulière, dure par endroits, légèrement sensible, ou complètement indolore. La taille est

variable, jamais volumineuse (sauf dans une observation de *Iacobovici*).

Elle est opaque et non transparente comme dans le kyste épididymaire.

Quand tout l'Epididyme est envahi, l'organe beaucoup moins régulier que dans la Tuberculose (qui partant de la queue où elle prédomine, l'infiltre en masse) apparaît bosselé et noduleux. Il présente même quelquefois des plaques de blindage ou des grains de plomb.

Le testicule est cliniquement sain, mais il n'est pas rare de lui découvrir une sensibilité nettement diminuée, ou une petite irrégularité.

L'hydrocèle se rencontre dans la moitié des cas.

Le canal déférent, comme dans la Tuberculose, est aussi souvent respecté qu'augmenté de volume. La funiculite antérieure n'est pas rare. Mais signe capital *qui frappe immédiatement*, la prostate et les vésicules sont normales, fait exceptionnel dans la Tuberculose.

L'Epididymite tertiaire à une évolution subaiguë, latente.

Abandonnée à elle-même peut se fistuliser, et selon la prédominance de la lésion, l'ouverture se fait en *bas* au niveau de la queue ; en *haut* et en *avant*, au niveau de la tête. Le Diagnostic risquerait d'être singulièrement faussé, si l'on se contentait de le poser d'après la localisation de la fistule.

Traitée au contraire, elle rétrocède assez rapidement, moins cependant que la Syphilis du Testicule proprement dite. Il n'est pas rare de voir persister au niveau de l'Epididyme d'autant plus évidents qu'il s'agit d'un organe facilement palpable, de petits nodules scléreux, témoins de gommes cicatrisées.

Le pronostic n'en est pas moins excellent. (Nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier le pronostic fonctionnel. Il ne doit pas être mauvais puisque, le plus souvent, il s'agit d'une affection unilatérale).

Et *Delahaye* conclut par cette citation : « Lorsqu'on lui découvre une Epididymite, heureux le malade qui a eu la vérole. »

Ce qui n'est vrai qu'en partie.

1° Car un malade peut être syphilitique et avoir une Epididymite de toute autre nature ;

2° Car le malade peut être atteint d'une Epididymite syphilitique qui ne sera pas soupçonnée.

Qu'elle soit aiguë, ce qui est rare ; qu'elle soit subaiguë, ce qui est plus fréquent, l'Epididymite syphilitique peut être, en effet, confondue :

Le plus souvent avec *l'Epididymite tuberculeuse* qui a, cependant, pour elle ses lésions plus régulières, prédominant à la queue

de l'organe, irradiant dans la prostate et surtout dans les vésicules.

Avec l'Epididymite gonococcique, surtout dans sa forme tardive, subaiguë, et un examen des urines et de l'urèthre s'imposera.

Le problème est quelquefois d'autant plus difficile que l'Epididymite blennorragique précède assez souvent l'Epididymite tertiaire, lui ouvrant pour ainsi dire la voie.

Plus rarement on peut la confondre :

Avec l'*Epididymite urinaire* qui frappe par ses antécédents particuliers ;

Ou avec les Epididymites *infectieuses* à colibacilles ou à staphylocoques encore mal connues ;

Exceptionnellement avec une tumeur maligne de l'Epididyme, véritable rareté.

Il est certain que pour poser le Diagnostic d'Epididymite tertiaire, *il faut y penser* et — faire le traitement d'épreuve.

« J'ai pu ainsi entre autres, écrit M. *Chevassu*, arrêter dans son évolution une Epididymite qu'on avait qualifiée de tuberculeuse et qui, fortement adhérente au scrotum, semblait prête à la fistulisation. Après huit jours de traitement spécifique intensif, la régression était obtenue. Il s'agissait d'un sujet, qui, par ailleurs, était manifestement syphilitique. »

Nous ne serions donc pas étonné, puisqu'on sait qu'elle existe, de voir le nombre des observations d'Epididymite tertiaire s'accroître au détriment des Epididymites tuberculeuses et au grand profit des malades !

Ce chapitre était terminé, lorsque nous avons eu l'occasion de lire dans la *Presse Médicale* de Décembre dernier un article sur l'Epididymite tertiaire, signé *Oudart et Jean*, de Toulon. Ce nous est agréable de voir que ces auteurs arrivent à des conclusions à peu près analogues aux nôtres.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DU TESTICULE

Le Testicule dans la Syphilis héréditaire présente à peu près les mêmes lésions que dans la Syphilis acquise.

Ce chapitre ferait donc double emploi. Il n'en est rien :

1° Vu d'abord l'importance primordiale du Testicule chez l'enfant ;

2° Vu, ensuite, certaines particularités de la Syphilis héréditaire du Testicule.

Cette affection a fait l'objet d'un travail magistral du professeur *Hutinel*, travail clinique et anatomo-pathologique.

Plus tard, *Seringe* lui a consacré sa thèse inaugurale, particulièrement documentée. Les livres didactiques n'ont fait depuis que reproduire leurs descriptions. Cependant, dans ces derniers temps, le professeur *Marfan* et ses élèves ont attiré l'attention sur une forme nouvelle de la Syphilis testiculaire du nourrisson, « l'Hydrocèle syphilitique ».

On peut diviser l'*étude* de cette affection en :

I. — *Syphilis héréditaire précoce du Testicule* ;
II. — *Syphilis héréditaire tardive du Testicule*.

La première est *classique*. Nous n'aurons que peu à ajouter aux descriptions des auteurs, sauf cependant quelques notions nouvelles.

La seconde nous paraît avoir été, en général, négligée ou laissée dans l'ombre. Nos observations nous permettront d'apporter une contribution à cette étude.

Nous essayerons, de plus, de prouver qu'aux deux périodes *précoce et tardive*, en dehors de la Syphilis classique, il existe, comme dans la Syphilis acquise, une *Syphilis occulte* du Testicule. Mais, vu l'importance de cette forme nous préférons joindre son étude à celle de la Syphilis occulte acquise.

Aux deux périodes enfin, nous pourrons ajouter une sorte de *Para-Syphilis du Testicule* qui ne fait pas partie proprement

dite, de notre sujet, puisqu'il s'agit, non pas de lésions testiculaires évolutives, mais de dystrophie *sab ovo* de la glande génitale ayant la Syphilis pour origine.

La Syphilis du Testicule héréditaire précoce sera celle que nous rencontrerons chez le nourrisson, dans la première enfance, surtout dans la première année.

La Syphilis héréditaire tardive sera celle que nous verrons à partir de la puberté, le plus souvent vers 18, 24, 30 ans et, exceptionnellement, beaucoup plus tard.

Nous séparons ces deux études, parce qu'il nous a paru que la fréquence, les lésions, les formes cliniques, l'importance, en étaient différentes.

I. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

La Syphilis héréditaire précoce du Testicule peut être congénitale ; c'est rare.

Elle peut apparaître après la naissance : *c'est plus fréquent.*

Son maximum est du 2e au 7e mois (*Seringe*).

Puis sa fréquence décroît jusqu'au 16e mois ; elle est exceptionnelle, après.

Un *caractère* tout à fait important : la Syphilis héréditaire du Testicule s'accompagne presque toujours d'autres signes de Syphilis.

a) De signes *évolutifs* { lésions des téguments quand elle est *très précoce*, lésions osseuses ou oculaires quand elle est plus tardive (*observations A. Fournier, Tenneson, Taylor, Marfan, personnelles*).

b) Ou *de signes dystrophiques* plus ou moins marqués.

Ce sont ces signes concomitants qui attirent les premiers l'attention de la famille et du médecin.

Les lésions *testiculo-épididymaires* passeront, donc, inaperçues, si l'on n'a pas soin d'examiner systématiquement les glandes génitales des enfants.

Normalement, chez le tout jeune enfant, le testicule, facilement palpable, vu sa superficialité, apparaît du volume d'une petite noisette, avec sa rénitence et sa sensibilité spéciales.

Dans la Syphilis le Testicule *conservant sa forme* est *augmenté de volume* : une noix, une châtaigne, parfois davantage.

Il est dur, comme dans la Syphilis acquise. *Il est lisse*, exception-

nellement irrégulier, ce qui est rare dans la Syphilis acquise. *Il est indolore* : ce qui souffre des exceptions dans la Syphilis acquise. Les plaques de blindage, les grains de plomb si pathognomoniques de la Syphilis acquise ne se trouvent pas ici. On ne les rencontre qu'à un âge avance (16 ans). Il est exceptionnel aussi d'y trouver des bosselures d'inégale consistance, correspondant à des gommes. Nous les verrons au contraire, être fréquentes dans la Syphilis hédéditaire tardive.

La Bilatéralité est habituelle (51 cas sur 86), ce qui augmente encore la gravité des lésions.

L'*Hydrocèle* se voit plus souvent qu'on ne l'écrit.

Il était, en effet, classique depuis *Hutinel*, de la considérer comme une exception. Cependant, dès 1899, *Seringe*, après *Bumstead*, *Carpenter*, *Taylor*, pouvait écrire que « l'Hydrocèle vaginale accompagnait beaucoup plus souvent qu'il n'avait été dit le sarcocèle syphilitique. » Pour sa part, il l'avait relevée dans plus de 25 % des cas.

L'abondance de l'épanchement est variable : minime parfois, à peine perceptible dans la forme que nous décrivons, son abondance peut être telle qu'elle camoufle complètement le système testiculo-épididymaire sous-jacent, passant ainsi pour une Hydrocèle congénitale essentielle.

C'est le mérite de M. *Schwaab* d'une part, de *Vaglio* en Italie, mais surtout du professeur *Marfan* et de ses élèves, d'avoir sérié les Hydrocèles du nourrisson et individualisé *une Hydrocèle syphilitique* que nous décrirons.

L'Epididyme peut être lui aussi atteint — assez souvent même — exceptionnellement seul, et quand il l'est, il coïncide souvent avec une réaction liquide.

Hydrocèle et Epididymite, deux caractères que nous retrouvons dans la Syphilis héréditaire comme dans la Syphilis acquise. Par contre, il n'y a pas dans celle-là cette funiculite antérieure si particulière, si spéciale à celle-ci. L'importance fonctionnelle très secondaire des éléments du cordon chez l'enfant peut expliquer cette absence.

Le cordon, donc, est exceptionnellement atteint, de même que le déférent.

Formes cliniques.

a) **La Forme gommeuse**, fréquente dans la Syphilis héréditaire tardive, est ici une exception. Par conséquent, la fistule et le *Fongus* y constituent des curiosités.

Seringe n'a pu en trouver que deux observations dans la littérature médicale (celle de *Gosselin* à 10 mois et celle de Taylor à 2 ans 1/2).

Autrement plus fréquente est la :

b) **Forme liquidienne.**

Il nous paraît que c'est celle que l'on voit aujourd'hui le plus souvent.

Nous décrirons sous ce nom, par analogie à la forme décrite chez l'adulte, l'*Hydrocèle syphilitique* signalée depuis longtemps déjà (1909) chez *le nourrisson*, par le professeur *Marfan*, et qui a fait l'objet, dernièrement, de la part de ses élèves MM. *Salès* et *Vallery-Radot*, d'une étude des plus complètes.

Si le nom d'Hydrocèle convient indiscutablement à ces formes, car c'est elle qui domine et qui frappe, comme elle est en rapport toujours avec des lésions syphilitiques de l'appareil testiculo-épididymaire sous-jacent, nous préférons le nom de *forme liquidienne* des Orchi-Epididymites syphilitiques congénitales, qui, quoique plus long, a l'avantage de traduire à la fois son aspect clinique et sa pathogénie et de la différencier des Hydrocèles syphilitiques sans lésions épididymo-testiculaires, si par hasard elles existaient.

Observation 26. — Observation prise dans le service de M. le professeur *Marfan*, avec le concours de notre ami le Dr *Louet*.

P..., L..., né le 25 septembre 1925 ; examiné le 13 octobre 1925.

Ombilic mal cicatrisé, réseau sous-cutané très développé à la tête et au thorax, panicule adipeux du ventre absent, mince sur les membres. Pas de polyadénie appréciable, pas de ganglion susépitrochléen. Saillie anormale dure des pariétaux, mais pas de ramollissement des sutures, ni de craniotabès.

Obstruction rétro-nasale : *coryza*.

Foie et rate normaux. *Hydrocèle irréductible unilatérale droite. Testicule gauche en ectopie.* Erythème fessier diffus érosif.

Le 16 octobre, nous ponctionnons l'hydrocèle : nous retirons 5 cm^3 . de liquide citrin et palpons *un testicule droit petit, une tête épididymaire. assez grosse, irrégulière et dure.*

Dans le liquide de ponction : Bordet-Wassermann et Jacobstahl sont négatifs.

Lymphocytose assez marquée.

Traitement : *Lactate de Hg.*

Le 29 octobre, selles muco-purulentes, vomissements, coryza état local, stationnaire ; l'ensemencement des mucosités nasales montre des Bacilles d'Hoffmann.

Le 30 octobre, on soumet le nourrisson au traitement par le *Gambéol* en friction.

Donc, cette forme a trois caractères, sur lesquels M. *Marfan* et ses élèves insistent :

Elle est *unilatérale, persistante* ; son liquide est *irréductible*.

Qu'elle soit *irréductible* c'est normal, puisqu'elle n'est pas due à la persistance du canal vagino-péritonéal comme l'Hydrocèle congénitale banale.

Elle est *unilatérale*, ce qui la différencie de l'Hydrocèle coïn-

cidant avec la *crise génitale* du nouveau-né, qui, comme elle, est irréductible.

Elle est enfin persistante, ce qui l'oppose à la précédente, qui est passagère.

Elle est *abondante* : 7-10 cc. et même davantage ; ce qui explique qu'on puisse la considérer comme une Hydrocèle simple et qu'elle ne permette pas sans ponction, de palper le Testicule et l'Epididyme sous-jacents.

La ponction faite obliquement au maximum de la fluctuation montre un Testicule qui, comme dans la forme précédente, est lisse, dur, mais qui, au lieu d'être augmenté de volume, est *petit, atrophié*, réduit quelquefois au volume d'une petite bille, voire d'un noyau de cerise.

L'Epididyme, par contre, est assez souvent irrégulier, présentant un ou deux noyaux.

La vaginale est toujours épaissie.

La rétraction du Testicule, sa rétrocession très lente au traitement autorisent à penser que cette forme correspond à des formes scléreuses *maxima*, évoluant vers l'atrophie (atrophie d'autant plus précipitée par l'Hydrocèle). Elle est d'un *pronostic sévère* relativement, — relativement vu son unilatéralité.

L'examen du liquide de ponction n'a pas ici l'importance qu'on lui reconnaît au cours de la Syphilis testiculaire acquise chez l'adulte.

Chimique, biologique, cytologique, il s'est montré dans la régle négatif.

Importante au point de vue pronostic, cette forme l'est davantage au point de vue diagnostic.

Au point de vue du diagnostic différentiel, car, contrairement à *Vaglio*, qui ramène presque toutes les Hydrocèles des nouveaux-nés à la Syphilis, il importe de la différencier, comme nous l'avons vu, de l'Hydrocèle congénitale et de l'Hydrocèle de la crise génitale.

Mais surtout au point de vue du diagnostic général de Syphilis, elle permet de réveiller des soupçons. Elle oblige à rechercher d'autres stigmates. Elle est souvent symptomatique d'une Hérédo-syphilis plus ou moins méconnue (*Sabrazès*).

Dans le service du professeur *Marfan*, on cherche l'Hydrocèle comme le craniotabès, la voûte ogivale, la grosse rate. Comme ces derniers, elle *marque* un nourrisson.

Quelle que soit la forme de Syphilis héréditaire précoce du Testicule, son évolution est pareille.

Un traitement rapide intensif peut enrayer sa marche dans les formes très précoces.

Un traitement tardif ou nul amène des effets désastreux.

Certes, comme chez l'adulte, la lésion est la même : c'est le plus souvent une scléro-gomme. Le testicule infantile est, par contre, très différent du testicule adulte. Sa pauvreté en tissu glandulaire contraste chez l'enfant avec sa richesse en tissu conjonctif. Le processus syphilitique y évolue donc surtout vers la sclérose diffuse. Et si l'on se rappelle que, tout au moins dans la forme typique, les lésions sont souvent bilatérales et qu'elles *passent très facilement inaperçues*, on comprendra qu'elles aboutissent fatalement à l'atrophie scléreuse immuable, véritable castration sous-albuginée double, et les conséquences qui s'ensuivent.

Conséquences { *Locales*, évidentes, relativement fâcheuses. *Générales*, déplorables sur *un organisme en voie de développement*.

Localement, des séquelles définitives permettent, quelques années plus tard, de poser un diagnostic rétrospectif.

Les testicules sont *alors* petits (tel un œuf de pigeon, une olive, une noisette) ;

Ou *durs* fibreux, ligneux, cartilagineux ;

Ou modifiés de forme, aplatis et irréguliers.

Les conséquences générales frapperont dès l'inspection. Elles sont trop connues pour que nous y insistions.

1° C'est quelquefois comme au cours des dystrophies testiculaires prénatales l'*Eunuchisme pathologique*, dont on retrouvera les caractères dans l'observation ci-dessous.

2° C'est, d'autrefois, l'*infantilisme secondaire précoce* type Brissaud, ou ce que l'on a appelé la *Gérodermie génito-dystrophique* (la notion d'infantilité supposant le plus souvent l'atteinte primitive de la glande thyroïde).

Ce sont des sujets chez lesquels l'arrêt d'évolution du Testicule parallèle à l'arrêt de développement de l'organisme entier, entraîne ce manque de fraîcheur des téguments et cet aspect *Lilliput* si spécial.

3° C'est enfin chez des sujets jeunes dont l'habitus extérieur est parfait, sinon la *stérilité* (que nous retrouverons dans la Syphilis occulte) du moins *la perte du sens génital*, mal terrible pour le malade et pour la société.

M. *E. Fournier* cite 4 cas de *Frigidité* chez des sujets jeunes, robustes et sains, qui présentaient des testicules souples, mais manifestement très petits.

Chez trois d'entre eux il était sûr de leur origine syphilitique. Et pourtant, aucun ne voulut accepter son diagnostic, ni son traitement.

Chez le quatrième, il put déceler l'hérédité syphilitique, arriva à lui imposer un traitement intensif, et ne fut pas peu surpris de constater qu'au bout de quatre mois, son malade était devenu « brillant », comme il ne l'avait jamais été.

Observation 27. — Observations d'Eunuchisme (Saint-Louis).

P. F..., âgé de 43 ans, *consulte* en septembre 1925, pour une ulcération de la face antérieure de la partie moyenne de la jambe droite : ulcération ovale, à bords à pic, à fond vernissé non gommeux au pourtour. La peau est adhérente, présente une pigmentation spéciale et une large desquamation. Etat variqueux assez prononcé.

La lésion qui avait été traitée, il y a deux ans, à Saint-Louis, par une série de Novarsénobenzol I. V., était restée complètement cicatrisée depuis, jusqu'à il y a environ trois semaines. Un *WH* fait à la fin du traitement ci-dessus fut négatif.

Actuellement, outre sa lésion jambière, le malade présente un aspect très particulier. C'est un homme grand chez lequel la disproportion entre le tronc et les membres apparaît évidente.

Au repos, les mains atteignent les genoux et l'envergure des membres supérieurs est considérable.

La hauteur mesurée de la plante du pied au périnée est de 0 m. 90.

L'abdomen saille légèrement. Il existe, en effet, une cyphose avec scoliose légère. Le scrotum est en partie effacé et sa configuration rappelle les grandes lèvres de la femme.

Le malade présente une figure assez jeune, une peau fine à grain féminin, une chevelure noire, soyeuse, très fournie, qui contraste avec l'absence de barbe et de moustache et la pauvreté des poils aux aisselles et au pubis.

La voix est grêle, les dents sont malformées, (mal plantées, dents supplémentaires, usure plus marquée de l'incisive inférieure). La thyroïde est normale. Il n'y a pas de lésions apparentes de la selle turcique à la Radiographie.

Mais *les testicules* sont *atrophiés*, de la dimension d'*un haricot, insensibles et durs*.

Le développement intellectuel est normal. La mémoire, l'intelligence, l'affectivité intactes ; le malade apparaît cependant particulièrement irritable.

On n'obtient aucun *Antécédent héréditaire*, mais on apprend qu'il est marié depuis dix ans, qu'il aurait eu des rapports hebdomadaires dans la premère année ; plus rien depuis.

Nous n'avons pu, et pour cause, chercher les spermatozoïdes dans le sperme. Le malade affirmait cependant être père de deux enfants.

Nous n'insisterons pas sur le Testicule dans la *Syphilis acquise de l'Enfant*.

Il est à notre connaissance, dans la littérature, trois observations d'Orchi-épididymite infantile par Syphilis acquise (*Obédénare-Tédenat*). Toutes trois partagent le tableau clinique de la forme typique de l'adulte et le pronostic sombre de la Syphilis du Testicule congénitale.

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Dans la deuxième enfance, de 3 *à* 16 *ans*, la Syphilis testiculaire est exceptionnelle. Nous n'avons retrouvé dans les temps modernes qu'une observation du professeur *Marfan*, à laquelle nous ajoutons plus loin une observation personnelle, et profitons de l'occasion pour signaler la coexistence dans les deux de lésions oculaires. Mal traitées, ces formes pourraient aboutir à ce que l'on a appelé le *Juvénilisme*.

Observation 28. — F.... P..., 13 ans. (Boucicaut).

Malade atteint d'*Iritis de l'œil droit* ayant débuté il y a quelques semaines, et chez lequel on trouve une coalescence des sourcils, une implantation vicieuse des dents ; Testicule gauche dur, augmenté de volume indolore et légèrement aplati.

Après huit injections de *Sulfarsénol* la glande a diminué et a repris en partie, sa sensibilité.

A partir de 18 *ans*, au contraire, la Syphilis héréditaire du Testicule nous a paru plus fréquente.

Il est cependant classique de la considérer comme excessivement rare, 6 cas sur 212 (*Fournier*) et dans un des livres de pathologie les plus récents, un syphiligraphe écrit que les gommes testiculaires héréditaires sont des exceptions, alors que quelques pages plus loin, un auteur différent en publie deux observations survenues à 18 et 25 ans.

Elles sont considérées comme une rareté, on en cite les observations (*Broca*). Et, cependant, pour notre part, nous avons eu l'occasion, en moins de 10 mois, d'en observer cinq cas.

On la rencontre, à partir de 18 ans, à tout âge, mais avec un maximum évident entre 18 et 19 ans. Elle se voit *à la puberté*, qui doit contribuer à son développement, ou à l'*occasion* d'une affection intercurrente du système génital (Blennorragie, Orchi-Epididymite urinaire).

Elle peut être enfin un rappel, à un âge tardif, d'une lésion similaire ayant évolué dans l'enfance.

Alors que la Syphilis héréditaire précoce était surtout *sclé-reuse*, la Syphilis héréditaire tardive, est surtout *gommeuse*.

Elle réalise, d'un côté ou des deux, ces Testicules ou ces Epididymes bosselés, irréguliers, bourrés de noisettes, calqués sur ceux que nous avons décrits dans la Syphilis acquise.

Comme eux, ils peuvent s'ouvrir, se fistuliser et donner même des *Fongus*. En résumé, cette forme rappelle, en tous points, la forme gommeuse acquise.

Comme elle, elle est d'un bon pronostic puisqu'elle cède le

plus souvent rapidement et complètement au traitement. De plus, comme à cette époque le développement de l'individu est pratiquement terminé, les malades, non ou mal soignés, conservent des séquelles relativement légères.

Il n'en est pas moins vrai (et l'observation qui va suivre en est une preuve) que, comme dans la Syphilis acquise — aussi exceptionnellement d'ailleurs — la suppression ou la diminution de la sécrétion testiculaire peut entraîner des dystrophies organiques notables et aboutir à ce que l'on a plus ou moins bien nommé : l'*infantilisme tardif ou regressif* (*Gandy*).

Observation 29. — Syphilis héréditaire bilatérale du Testicule (Forme gommeuse) Tr. endocriniens.

V..., E..., 37 ans (Saint-Louis).

Consulte pour amaigrissement, inappétence, toux.

Faciès vieillot, peau sèche, non infiltrée, glabre, ridée, cheveux longs, fins, sourcils à peine marqués, pas de déformation du crâne ni de la face, ensellure nasale prononcée, pas de malformation dentaire ni palatine, déformation rachitique des fémurs, thorax normal.

Taille : 1 m. 45 ; envergure : 1 m. 55, bien proportionné.

Cicatrices déprimées, gaufrées, dépigmentées et atrophiques au niveau des régions deltoïdienne, pectorale, cervicale, inguinale, scrotale ; au niveau de la verge et du genou qui est en ankylose partielle.

Organes génitaux petits : pas de poils au pubis, ni aux aisselles.

Testicules :

Gauche : atrophié, dur, scléreux.

Droit : moins dur mais atrophié. Actuellement *frigidité complète*.

Bacillose nodulaire droite avec Bacilles de Koch dans les crachats.

Légère subasystolie.

Réflexes normaux.

Antécédents héréditaires. — Père traité pour Syphilis. Mère morte jeune. Six frères et une sœur morts : une en couche, les autres, en bas âge.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Dans sa jeunesse les appétits génitaux auraient été normaux.

En 1908 (à l'âge de 19 ans) entre à Saint-Louis, pour gommes multiples deltoïdiennes, delto-pectorales gauches et *Orchite gommeuse bilatérale* : soigné par du Cy Hg (service Gaucher).

En 1910, se marie ; aurait eu des rapports normaux ; pas d'enfants de 1909 à 1920 ; aucune manifestation syphilitique.

En 1920, gomme ostéoarticulaire du genou, traitée au 914 pendant neuf mois.

Observation 30. — Hérédo-Syphilis du Testicule avec Azoospermie traitée et guérie.

H..., 35 ans (Cochin).

Consulte pour une Blennorragie durant depuis six semaines, et qui pratiquement semble guérie. Au cours de l'examen, on lui découvre une tumeur des bourses.

Le malade prétend que le testicule droit a toujours été plus gros et plus lourd que le gauche, nécessitant le port d'un suspensoir.

Tout de même depuis deux mois, il croit que son volume a augmenté.

Antécédents personnels : *Blennorragie il y a six semaines*, soignée. *Chancre mou* il y a 13 ans : dure 15 jours, ne s'accompagne d'aucun autre signe, guérit par application de poudre, laisse une cicatrice perceptible sur le fourreau.

Antécédents collatéraux :
- 1re femme : meurt en couches au cours d'une opération d'appendicite ; une enfant morte à 2 mois de méningite.
- 2e femme : bien portante. Marié *depuis six ans, pas d'enfants, bien qu'en désirant.*

Antécédents Héréditaires :
- Père mort à 48 ans de congestion cérébrale.
- Mère âgée de 76 ans, atteinte de « sciatique »
- 10 frères et sœurs dont :
  - 8 sont morts de méningite en bas âge
  - 2 restent :
    - 1 sœur mariée : a perdu son mari et 3 enfants en bas âge de méningite
    - 2e sœur chétive, n'a pas « ses esprits ».

(Retenons : la Blennorragie, les antécédents héréditaires et *la stérilité*).

Actuellement : malade chétif, légèrement « minus habens » qui présente :

A droite :
- Une Hydrocèle dépressible, à parois souples, peu abondante à travers laquelle on sent un testicule assez gros, particulièrement irrégulier, *bourré de noisettes* de taille variable, séparées par des arêtes dures qui brident la glande dans sa largeur. Complètement *indolore*.
- *La tête épididymaire* augmentée de volume, assez indurée, peut être pincée ; le reste de l'Epididyme est complètement confondu avec le testicule.
- Le canal déférent est normal. Il existe une funiculite antérieure légère.

A gauche : Le testicule de la taille d'une olive est petit, souple, sensible.

En examinant le malade, on constate qu'il présente des dents à érosions ponctuées, à bords crénelés, des incisives en tournevis et deux tubercules de Carabelli très nets. Les lobules de l'oreille sont complètement soudés ; coalescence des sourcils marquée.

Tous les autres appareils sont normaux.

Le malade n'accuse aucun trouble dans ses fonctions génitales.

Après coït, 3 examens du sperme (direct, à l'ultra, et après coloration) ne montrent aucun *spermatozoïde*.

Une ponction de l'hydrocèle retire un liquide citrin, dans lequel le *Wassermann* est *très positi*, tandis que *cette réaction* est *faiblement positive* dans le sang.

On conclut *à une Syphilis héréditaire du Testicule droit chez un sujet hérédo*, présentant une dystrophie du testicule gauche.

Traitement : Quinby I. M., deux fois par semaine ; Novarsénobenzol I. V., hebdomadaire ; K I. quotidien per os.

Dès la deuxième piqûre, au grand ahurissement du malade, le testicule diminue.

Le 914 est arrêté à la cinquième injection pour intolérance.

Deux mois après le début : le malade a reçu 15 injections de Quinby, 5 de Novarsénobenzol et près de 40 gr. de Kl.

Le testicule est maintenant souple et sensible ; il présente toutefois encore, *sur sa face externe, deux petites zones indurées.*

L'Epididyme est souple et facilement délimitable.

La vaginale est pincée sur toute la ligne médiane.

Le cordon est devenu tout à fait normal.

L'examen du sperme montre d'assez nombreux spermatozoïdes mobiles.

Le malade a été perdu de vue dans la suite.

Observation 31. — Hérédo-Syphilis douloureuse du Testicule droit (réveil probable d'une lésion de l'enfance, rétrocession passagère au traitement, atrophie scléreuse).

F..., 34 ans (Cochin).

Souffre du testicule droit depuis 5 mois : *Douleurs survenant par crises espacées ;* très violentes, nécessitant le repos au lit.

De plus, a remarqué que depuis quelque temps, le testicule droit, dont le volume dès l'enfance ne dépassait pas celui d'*une olive* (déjà à l'âge de 10 ans, un médecin avait signalé cette atrophie) avait grossi.

Actuellement : Le Testicule droit, de taille à peu près normale, étranglé près de son pôle inférieur est aplati, très dur, lisse, complètement indolore à la pression. A la queue de l'Epididyme qui, par ailleurs, est souple : un double noyau pareil à deux petits pois réunis. Funiculite assez marquée, mais canal déférent normal.

Prostate, vésicules, urines normales.

Papille gauche irrégulière. Lobules soudées ; glossite dépapillante en aires.

Nie la Syphilis et la Blennorragie.

Né avant terme, d'enfance difficile. Antécédents héréditaires très chargés. *Marié* depuis quatre ans, vient d'avoir deux jumelles en traitement pour lésions syphilitiques évolutives.

Sa femme présente un *Hecht très positif*, tandis que le sien propre est *négatif*. Examen du sperme : liquide fluide, aspect de petit lait ; *pas de spermatozoïdes, ni de tréponèmes.*

A la quatrième injection de *Novarsénobenzol* diminution notable de la glande, dont tout le pôle supérieur a recouvré sa souplesse.

Le malade, qui *a abandonné son traitement pendant trois semaines*, prétend avoir souffert ces jours-ci. On reprend le *Noversénobenzol* et dans la suite, *malgré plusieurs séries régulières*, le testicule est resté *dur, ligneux, aplati, lisse, indolore*, tel qu'il se présentait au début, mais cependant diminué de volume.

Les premières injections ont fait, donc, rétrocéder la poussée nouvelle, mais n'ont pas empêché l'évolution scléreuse définitive (et douloureuse) de la glande. Le malade devait revenir pour une castration.

III. — LÉSIONS PARA-SYPHILITIQUES HÉRÉDITAIRES DU TESTICULE

« La Syphilis, disait *Fournier*, ne produit pas que de la Syphilis. Elle exerce sur l'être vivant et sur la race, une influence d'ensemble. Celle-ci se traduit souvent par des modifications organiques diverses, qui n'ont plus rien de spécifique. »

Nous voulons parler de lésions mal définies où la Syphilis n'atteint peut-être pas directement les glandes génitales. Ce sont des malformations *ab ovo*, n'ayant quelquefois avec elle

qu'un rapport indirect. Elle nous permettront d'établir la transition entre le chapitre que nous venons de clore et celui qui va suivre : La Syphilis occulte.

Ces malformations ne sont pas pathognomoniques de Syphilis, mais elles se rencontrent avec une certaine prédilection chez les Hérédo-syphilitiques. Il convient de les rappeler.

Ce sont :

1° Le retard dans la migration du Testicule : l'Ectopie testiculaire avec à son terme extrême la *Cryptorchidie*, toutes deux pouvant être *simples* ou *doubles* ;

2° Le *retard* ou l'*arrêt de développement* du Testicule, dystrophie qui, dans certains cas, est en rapport avec une véritable Hérédo-syphilis occulte ; et à ce titre, nous la retrouverons.

L'*Ectopie testiculaire* est le plus souvent unilatérale. Elle n'est pas toujours définitive. Spontanément ou à la suite d'une intervention, la glande reprend sa place.

Toujours assez atrophiée, elle constitue un terrain fertile pour l'éclosion ultérieure d'une Syphilis testiculaire acquise (une observation personnelle), mais, surtout, du *Néoplasme*.

La Cryptorchidie est une malformation grave : quand elle entraîne — ce qui n'est pas la règle — la suppression de la glande interstitielle.

L'observation que l'on trouvera plus loin, en est un exemple.

L'*arrêt de développement des Testicules* est une malformation perceptible à un âge déjà avancé. Ce sont des testicules d'enfants sur des jeunes gens ou des adultes, testicules d'ailleurs non déformés et sans induration morbide.

Cet arrêt n'est pas toujours définitif. Ce peut être un retard, l'organe peut se développer plus complètement à la puberté, surtout si l'on impose au malade un traitement anti-syphilitique intensif et régulier.

Observation 32. — Cryptorchidie bilatérale avec infantilisme grêle d'origine Hérédo-syphilitique (Saint-Louis).

3 ans et 1 12. Ectopie testiculaire double ; rien dans le trajet inguinal. *Absence de bourses*, verge normale.

Enfant petit, maigre, malingre ; veinosités superficielles du visage et du thorax ; menton en retrait, grosses épiphyses particulièrement aux genoux. *Livedo annularis*, bref *gracilité de l'enfant* qui présenté le type de l'*infantilisme grêle*. *Wassermann* négatif.

Antécédents collatéraux. — Une sœur plus âgée : strabisme amélioré par Sulfarsenol et liqueur de Van Swieten ; Wassermann négatif.

Antécédents héréditaire. — *Mère* : enceinte de 6 mois ; dépapillation partie médiane de la langue avec état leucoplasique des bords. Ilôts de glossite dépapillante du V lingual. Wassermann positif ; traitée, accouche à terme d'un enfant paraissant normal.

Père. — Aurait eu à 18 ans une écorchure. *Wassermann négatif.*

L'enfant a été longtemps traité au *Sulfarsenol* sans succès.

SYPHILIS OCCULTE DU TESTICULE

Sous le nom de Syphilis occulte du Testicule, nous entendons les formes qui ne se traduisent par aucune modification clinique perceptible de l'appareil épididymo-testiculaire et qui, cependant, relèvent le plus souvent de lésions syphilitiques évolutives ou éteintes, mais profondes de la glande génitale.

Il s'agit là d'une atteinte, moins de l'élément de soutien de la glande comme dans l'orchi-Epididymite syphilitique classique, que d'une infection latente, dans une certaine mesure larvée, de l'élément noble et plus précisément de l'élément reproducteur.

La Syphilis du Testicule classique apparaît ainsi surtout exo-canaliculaire.

La Syphilis du Testicule occulte apparaît surtout endocanaliculaire.

Preuves de l'existence de la Syphilis testiculaire occulte (acquise ou héréditaire) :

1° *La présence du spirochète dans le sperme, démontrée* par les *inoculations* aux *animaux* — ; *les recherches directes* et *les faits cliniques* ;

2° *Les altérations des spermatozoïdes ou leur suppression*

3° Et tout à fait exceptionnellement par les dystrophies testiculaires en rapport avec une atteinte, non seulement de la glande exocrine, mais aussi de la glande endocrine. (1)

(1) Dernièrement *Klander et Kolmer* (*Journal of the Americ Assoc.*) pratiquant la réaction de Wassermann sur les sécrétions, transudats et exsudats des Syphilitiques, ont obtenu deux résultats positifs sur 30 spermes examinés. Comme, d'une part, ces malades ne présentaient aucune lésion testiculaire apparente et que, d'autre part, il semble que les anticorps se forment localement au niveau même des lésions syphilitiques, on pourrait conclure qu'il s'agissait dans ces cas d'une véritable *Syphilis occulte.*

I. — Présence du Spirochète dans le Sperme

Dès 1736, *Astruc* soupçonne la contagiosité du sperme. Il affirme que la « semence et les autres humeurs séminales, sont les plus sujettes à être infectées du virus vénérien. »

Si *Hunter* ne partage pas cette opinion *Poster*, en 1857, la confirme et quelques années plus tard, *Diday* écrit cette phrase singulièrement troublante pour l'époque :

« Le sperme peut infecter directement et le spermatozoïde, qui est l'agent de transport de la matière virulente pénétrant jusqu'à l'ovaire, a assez de force pour infecter l'ovule et l'organisme de la femme qui le porte. »

Et, cependant, l'expérimentation ne vint pas étayer ces hypothèses : En 1867, *Mireur* à la suite d'inoculation négative de sperme de Syphilis secondaire à quatre sujets, conclue à la non infectiosité du liquide séminal.

Ce qui n'empêcha pas *Fournier* d'écrire et d'enseigner (Syphilis et Mariage, hérédité syphilitique) que l'ovule est fécondé par un spermatozoïde porteur de virus, que les deux se développent, le dernier envahissant l'organisme de la mère et l'infectant. Le grand Syphiligraphe admettait donc la présence du virus dans le spermatozoïde et la nécessité d'une grossesse pour la contagion (Syphilis conceptionnelle).

La présence du virus spécifique dans le sperme, supposée par les cliniciens classiques, devait être démontrée par les expérimentateurs.

A) Inoculation.

Neisser fit avec du sperme, sept inoculations au singe; toutes furent négatives. Cependant, en inoculant les organes d'un singe syphilitique, il démontra que la moëlle osseuse, la rate, les ganglions et surtout les *Testicules*, sont infectieux.

En 1905, enfin, *Finger* et *Landsteiner*, de Vienne, parviennent à transmettre la Syphilis par inoculation de sperme de Syphilitique à l'arcade sourcillière du singe cynocéphale.

Nous tenons à rappeler ces expériences si importantes et si peu connues en France. Quatre singes furent inoculés, dont l'un est mort quelques jours après.

1er *cas.* — Il s'agissait d'un malade dont la Syphilis évoluait depuis quatre mois et qui présentait des lésions cicatricielles d'un accident primitif excisé, et des lésions *secondaires* du tronc et des membres. On obtint le sperme par

expression vésiculaire par voie rectale. Le sperme, ne contenait ni sang, ni pus, mais des spermatozoïdes nombreux et mobiles. On l'inocula à la paupière et au Mont Vénus d'un singe. Trois semaines après, cet animal présentait des érosions nombreuses, confluentes, suintantes aux paupières ; et au niveau de l'abdomen, des nodules non ulcérés, indurés. Toutes ces lésions se cicatrisèrent au bout d'un mois, laissant une pigmentation intense. Dans les deux mois qui suivirent, la réinoculation resta sans résultat.

2e *cas.* — C'était, cette fois, un Syphilitique vieux de 3 ans, présentant une Orchite interstitielle double. Le sperme obtenu de la même façon que dans le cas précédent, ne contenait ni pus, ni spermatozoïde. On en fait une inoculation à la paupière d'un singe qui, 36 jours après, présente à ce niveau des nodules infiltrés, mais pâles. Les manifestations furent dans ce cas atténuées.

3e *cas.* — Le malade présentait des syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires. On inocule son sperme et à l'endroit inoculé, il n'apparaît rien. Mais une réinoculation, un mois après, resta négative.

Et les auteurs de conclure que, dans ces conditions, on peut affirmer que le sperme du Syphilitique est infectieux alors même qu'il ne présente aucune lésion de la sphère génitale. Ils ajoutent qu'on doit continuer les expériences, pour voir à quel moment le sperme est plus virulent.

De son côté, *Rochon*, cité par *Hoch*, aurait obtenu deux fois, avec du sperme d'un Syphilitique sans lésions testiculaires, un chancre typique de la peau de l'abdomen.

Tout dernièrement, encore, le professeur *Uhlenluth* reprenant ses recherches expérimentales sur la Syphilis, débutées avec *Mulzer* en 1909, vient d'en publier un exposé remarquable. En ce qui concerne le *sperme* des Syphilitiques, il s'est montré, dit-il, virulent dans deux cas sur six inoculations pratiquées au testicule du lapin.

Le sperme avait été fourni par des Syphilitiques florides qui avaient tous subi une endoscopie uréthrale négative.

L'un d'eux avait reçu, 4 mois 1/2 avant l'inoculation, 2 injections de 0.60 de Salvarsan.

Dans tous ces cas, le temps d'inoculation chez le lapin, fut de 7 semaines à 7 semaines 1/2,

Les résultats de *Finger* et *Landsteiner* sont, donc, complètement confirmés.

Par conséquent, l'inoculation prouve que le sperme des Syphilitiques peut contenir l'agent de la Syphilis.

B) **Recherche directe.**

Dans son merveilleux livre sur la Syphilis *paru en* 1909, M. *Levaditi* écrit :

« Il semble au premier abord qu'il y ait contradiction entre la virulence du sperme des Syphilitiques prouvée par l'expérimentation et rendue probable par la transmission héréditaire de

cette maladie et l'absence de Tréponèmes dans le liquide séminal examiné sur frottis. »

Or, un an après, en 1910, alors que les recherches de *Thibierge*, *Ravaut* et *Le Sourd*, de *Radaele*, de *Bob*, étaient restées négatives, notre maître, M. *Marcel Pinard*, au cours d'examens portant sur une douzaine de malades, eut la chance de constater à l'ultramicroscope, la présence du Tréponème dans le sperme d'un sujet atteint de Syphilis secondaire sans lésions génitales, et qui avait été examiné à l'uréthroscope par M. *Marion*, afin de s'assurer qu'il ne présentait aucune lésion uréthrale.

En 1920, M. *Pinard* a repris ces recherches avec *Hoch* qui les a consignées dans sa thèse.

Hoch examina le sperme de *onze* Syphilitiques : Il trouva trois fois des Tréponèmes. Nous résumons très brièvement ses recherches :

Le 1er *cas* n'est pas, à notre avis, démonstratif. Le sujet présentait, en effet, des Syphilides ulcéreuses *de la verge*.

Le 2e *cas* : Il s'agissait d'un malade atteint d'un chancre de la lèvre supérieure datant de sept semaines et de roséole syphilitique généralisée non encore traitée. Rien dans la sphère génitale. L'uréthroscopie fut refusée par le malade, dans le sperme duquel *Hoch* trouva « *de rares Tréponèmes morphologiquement libres entre les Spermatozoïdes* ».

Le 3e *cas* est encore plus intéressant. Le malade présentait, pour tout symptôme, une cicatrice de Syphilis primaire du fourreau et une roséole très discrète en voie de disparition.

L'uréthroscopie avait été rendue impossible par une Blennorragie aiguë. Le sperme *contenait de nombreux tréponèmes typiques libres entre les spermatozoïdes.*

En définitive, *Hoch* à la suite de ses recherches, dont quelques-unes avaient porté sur des Syphilis latentes ou à signes très discrets, obtient au moins deux résultats positifs sur onze.

Il convient de rappeler que cet auteur, après avoir dilué le sperme dans du sérum physiologique, l'additionnait, ensuite, de Formol, pour empêcher l'éclosion des microbes associés, le centrifugeait deux, trois fois et c'est sur le culot de centrifugation, qu'il épuisait, (puisqu'il en faisait 40, 50, voire 60 frottis), que portaient ses examens faits par la méthode de *Tribondeau-Fontana*.

C'est dire que le Tréponème n'est pas fréquent dans le sperme (1), qu'il faut s'armer d'une patience remarquable pour l'y

(1) Avec la précieuse collaboration du Dr *Pierre Girand*, chef de Laboratoire à Boucicaut, nous avons recherché le Tréponème dans le sperme de 4 malades : une Syphilis secondaire, une Orchi-Epididymite, deux Syphilis latentes. Dans trois cas nous avons centrifugé et imprégné au *Tribondeau Fontana*. Nous n'avons jamais trouvé de tréponèmes, mais nous nous empressons d'ajouter que nous étions loin d'avoir épuisé le culot de centrifugation.

trouver, mais c'est prouver aussi qu'il semble y exister d'une façon certaine.

Quant à la question de savoir si, au moment de la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule, le spirochète est dans la tête du spermatozoïde ou accolé à lui, c'est à notre avis, une question du plus haut intérêt, mais qui sort du cadre de notre description.

M. *Pinard* ne partage pas la façon de voir de son élève *Hoch*.

L'un imagine le Tréponème à l'intérieur de la tête ; l'autre affirme qu'il existe libre entre les animalcules « jamais accolés à ceux-ci, ni autrement en rapport avec eux. »

Le jour où cliniciens et expérimentateurs collaboreront plus étroitement, cette question — comme d'autres — aura sa réponse.

Inoculations et recherches directes confirment la présence du spirochète dans le sperme.

Cette opinion a rencontré des objections :

1° Toutes les inoculations chez le lapin, dit-on, sont passibles d'erreur, car cet animal peut être atteint d'une spirochètose particulière (sp. cuniculi) qui donne singulièrement le change avec la Syphilis.

Argument sans valeur, car :

a) Toutes les inoculations n'ont pas été faites au lapin, mais aussi au singe.

b) La spirochètose cuniculi est, comme nous l'avons vu, complètement différente de la Syphilis et en particulier ne donne pas d'orchi-Epididymite.

2° Objection : *La rareté des inoculations positives.*

Après *Mireur* et *Neisser*, *Hoffmann* a publié en 1917 (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie*, vol. IX, 1917) trois inoculations de sperme négatives.

Nous-même, sous la bienveillante direction de M. *Levaditi*, et avec le concours de son collaborateur, M. *Nicolau*, avons repris ces expériences sans succès.

Nous les résumons brièvement :

A) Malade présentant une adénopathie généralisée, une alopécie diffuse en clairière du cuir chevelu et de la queue du sourcil.

Antécédents : Pelade, père mort de P. G. M. *Pinard* en fait un Syndrôme de Tarnowsky. Wassermann légèrement positif. Recueil du sperme par coït. Dilution dans l'eau distillée. Injection 1/2 h. après dans les deux testicules de deux lapins.

B) Malade ayant présenté en septembre 1924, chancre et roséole généralisée, traités par 9 injections de Novarsénobenzol. N'est plus traité depuis 8 mois.

Actuellement, cicatrice de Syphilis primaire de la face antérieure du fourreau ; adénite inguinale Bilatérale : ganglions, petits, durs, indolores ; grosse rate, Wassermann : positif.

29 *juin* 1925 : Le malade recueille lui-même son sperme qui, après être dilué est inoculé aux deux testicules de deux lapins.

L'*examen direct n'avait montré la présence d'aucun spermatozoïde* (M. *Levaditi*).

C) Malade niant tout antécédent syphilitique et présentant une plaque d'albuginite avec Epididymite syphilitique droite et Wassermann très positif.

Inoculation du sperme 1 h. 1/2 après coït et dilution aux deux testicules de deux lapins.

Les six lapins inoculés examinés 3, 6, 8 et 10 semaines après, ne présentaient rien de particulier.

Le nombre de ces expériences est trop limité pour nous permettre de conclure. Nos recherches qui portent, comme on le voit, sur des *Syphilitiques latents*, continuent. Nous en publierons ultérieurement le résultat. Quel qu'il soit, il n'infirme en rien les résultats positifs, pas plus qu'un *Wassermann* négatif n'exclut la possibilité d'une Syphilis.

La rareté des résultats positifs a de multiples raisons :

1° D'abord, la rareté des inoculations de sperme, vu la difficulté *réelle* de se le procurer et de l'expérimenter.

2° Les lésions testiculaires ne sont pas fatales au cours d'une Syphilis.

3° Le Tréponème est rare dans le sperme, surtout au cours du tertiarisme, et enfin il n'est pas constant. « Comme le dit *Hoch*, il ne se trouve dans le sperme que par moments, sans que l'on puisse savoir pourquoi à d'autres moments, il n'y est pas », le tout c'est de tomber au bon moment. Or, le moment le plus propice paraît l'époque secondaire ou secondo-tertiaire, époque qui constitue, pour ainsi dire, » la puberté », l'âge d'or d'une Syphilis. Elle correspond à la septicémie tréponémique, qui peut coloniser aussi bien dans le testicule que dans la moëlle épinière, par exemple, dont les réactions sur le liquide céphalo-rachidien sont si fréquentes à cette époque.

Et voilà qui répond en partie à la troisième objection.

c) Il est acquis, pourrait-on dire, que le virus syphilitique se trouve dans le sperme, mais il peut y provenir des vésicules séminales, de la prostate ou de l'urèthre. Et, de fait, les malades de *Hoch* n'ont pas subi d'uréthroscopie, mais il n'en est point ainsi des malades d'*Uhlenluth* et du malade de M. *Pinard*, qui, nous le rappelons, avait été uréthroscopié par M. *Marion* — garantie suffisante, à notre avis, pour l'intégrité tout au moins de l'Urèthre —.

En enfin, pourquoi refuser à la glande génitale « la faveur » de contenir le tréponème, alors que son affinité pour cet agent est indubitablement démontrée ? Allons-nous rappeler ici que les testicules du singe syphilisé sont extrêmement virulents (*Neisser*), qu'ils constituent le terrain le plus favorable à l'étude de la Syphilis expérimentale (*Uhlenluth*, *Levaditi*) et que le tré-

ponème y a été trouvé par les microbiologistes (*Wartin, Fouquet*, etc.) ?

c) Et pour clore le chapitre de la contagiosité du sperme aux arguments de Laboratoire, nous tenons à ajouter une **preuve clinique** : Voici une observation que M. *Marcel Pinard* a publiée en 1921, et qui constitue, comme il le dit lui-même, « une véritable expérimentation rigoureusement suivie ».

« Un malade atteint de chancre au début avec tréponèmes constatés et Hecht positif partiel (1/2-1/2) est traité, du 23 août au 4 octobre par 3 fr. 50 d'arsénobenzol (et non pas de Novarsénobenzol) 0 fr. 10 ,0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 50, 0 gr. 60, 0 gr. 60, 0 gr. 60, 0 gr. 60.

Deuxième série du 1er novembre au 13 décembre, pareille à la précédente.

Troisième série analogue, en janvier-février. Dès le 25 novembre le Hecht est négatif.

Les premiers rapports ont eu lieu le 5 décembre, la femme est saine, son Hecht est négatif. Elle commence une gestation en janvier (dernières règles 5 janvier) ; le 27 février le Hecht est 1/3-1/2, sans qu'elle ait présenté à l'examen le plus minutieux observé chaque jour, aucun signe d'infection. »

Nous ne possédons pas nous-même des cas si fidèlement observés. Mais parmi ceux que l'on trouvera au chapitre observations, il en est *trois*, où la contagion par le sperme est sinon la seule possible du moins la plus logique et la plus vraisemblable.

II. — La Syphilis occulte du Testicule peut se traduire, non seulement par la présence du Tréponème dans le sperme (fait qui nous paraît maintenant acquis), mais aussi par les altérations, la diminution, voire la suppression des spermatozoïdes.

A) **Altérations des Spermatozoïdes** : ce que l'on peut appeler d'un mauvais mot : *Cacozoospermie*.

a) Avant de décrire ces *altérations*, signalons les modifications du *sperme lui-même* chez certains Syphilitiques ; il perd son liant, n'est plus visqueux, il devient liquide, aqueux, rappelant d'autres fois le petit lait.

b) Les Spermatozoïdes : Dans une communication orale, notre maître, M. *Marcel Pinard*, attira notre attention sur les malformations fréquentes des spermatozoïdes chez les Syphilitiques : Ce sont des constatations que nous avons vérifiées. M. *Levaditi*, le Dr. *Girand* les ont faites devant nous, et M. *Louste* nous les a confirmées verbalement.

Au milieu de cellules épithéliales, de débris et de détritus cellulaires, on voit souvent des spermatozoïdes grêles, tordus, déformés, amputés, semblant avoir perdu leur vitalité et, comme le dit avec humour M. *Louste*, « aux 3/4 morts ». Nous avons de

plus remarqué que quelquefois le colorant se fixait beaucoup moins sur la tête que sur la queue.

Ces modifications ont été signalées en 1911 par *Scheuer* de Vienne, qui les a remarquées 17 fois sur 20 examens de sperme de Syphilitiques aux différentes périodes. Cet auteur ajoute qu'elles portent souvent sur la *pièce d'union*, ce qu'il appelle le « Plasma-mantel » et qui, d'après le physiologiste *Ries*, aurait une importance vitale certaine. La pièce d'union est déformée : en calice de fleurs, quelquefois ampullaire, d'autres fois en boule, et le spermatozoïde rappelle alors un véritable cocon étranglé en son milieu.

B) **Diminution des Spermatozoïdes.**

La Cacoszoopermie s'accompagne assez souvent d'*Oligozoospermie*, que l'on peut d'ailleurs trouver isolée.

Le nombre des spermatozoïdes est très diminué. On n'en trouve que quatre ou cinq, quelquefois moins par champ.

Caco et Oligozoospermie peuvent quelquefois précéder l'Azoospermie.

C) **Suppression des Spermatozoïdes. Azoospermie.**

C'est une observation de stérilité d'origine hérédo-Syphilitique, observation que l'on trouvera plus loin, qui nous a incité à étudier l'Azoospermie spécifique.

La littérature nous a paru assez pauvre à ce sujet.

En France.

En 1921, à la suite d'une discussion ouverte par M. *Clément Simon* à la Société de Dermato-Syphiligraphie, notre maître M. *Milian* déclara que la pathologie du sperme était peu étudiée, mais qu'il avait lu la relation par un médecin russe, d'un cas de stérilité par nécrospermie : les Spermatozoïdes étaient morts à l'émission.

En 1924, M. *Milian*, au cours d'une nouvelle discussion, cita deux observations de stérilité syphilitique.

La première :

Malade qui avait eu un enfant vivant et qui dans la suite était devenu azoospermie, *sans lésions appréciables du Testicule*, les éjaculations étaient médiocres. Le sperme diminue rapidement. Il n'y avait pas de spermatozoïdes. Le Wassermann était positif.

Dans *la deuxième* :

Il s'agissait d'un homme ayant eu la Syphilis, qui ne put avoir d'enfants de trois femmes différentes, alors que toutes *les trois en avaient eu récemment d'autres hommes.*

Le malade avait eu une Epididymite secondaire Bilatérale, *au cours de laquelle les spermatozoïdes avaient complètement disparu du sperme.* Ils avaient

reparu un an ou deux après la disparition de l'Epididymite, et au moment de l'examen, le malade ne présentait aucune modification apparente du sperme ; les spermatozoïdes étaient nombreux.

Au cours de cette même discussion, M. *M. Pinard* cita deux observations, qu'il nous a confirmées depuis :

1° *Tabétique*, marié depuis douze ans ; pas d'enfants. La femme avait eu des lésions tertiaires du larynx dix ans auparavant. Après une série de 606 au mari : *gestation* qui se termina à cinq mois par un enfant viable, qui meurt. *La mère n'avait pas été traitée.*

2° Femme atteinte d'aortie depuis longtemps. Jamais traitée. Pas d'enfants. *Mène un enfant à terme, après une série de* 914. Le mari paraissait indemme de Syphilis.

En Allemagne, depuis longtemps déjà a été signalée et étudiée l'azoospermie d'origine Syphilitique :

En 1890, *Casper de Berlin* publie une observation d'un Syphilitique ancien, présentant des lésions ulcéreuses de l'amygdale et de la micropolyadénie généralisée, dont le sperme, après coït, ne contenait pas un seul spermatozoïde.

Trois mois après une cure à peu près régulière de KT, le patient était blanchi, quoique persistassent les adénopathies multiples. Un *examen microscopique du sperme montra cinq spermatozoïdes* mobiles et normaux.

On continue le traitement et moins de deux mois après, *Casper* trouve dans le sperme de son malade, *une vingtaine de spermatozoïdes* vivants.

Dans les semaines qui suivirent, le malade eut la joie d'annoncer à son médecin la gestation de sa femme, qui accoucha à terme d'un enfant présentant des lésions syphilitiques ulcéreuses.

Casper profite de cette occasion pour citer les observations de Liégeois et Brysson, qui sur 21 examens de sperme de Syphilitiques, trouvent 16 cas d'azoospermie, et celles de *Lévin* confirmées par *Zeissl*, qui affirme l'absence de spermatozoïdes du sperme chez 50 % des Syphilitiques.

En 1911 *Oskar Scheuer*, de Vienne, publie dans une revue générale intitulée *Azoospermie et Syphilis*, une observation remarquable, qui non seulement confirme l'origine syphilitique de certaines stérilités, mais donne aussi une explication anatomo-pathologique intéressante.

Il s'agissait d'un malade que l'auteur avait traité pour Syphilis deux ans auparavant, et qui, s'étant marié, était venu le consulter pour savoir s'il aurait des enfants.

Un double examen du sperme 1/2 h. après coït, montra qu'il y avait azoospermie complète. Le Wassermann du malade était fortement positif.

Scheuer impose alors à son malade une abstinence complète et six jours après, il pratique sur les deux testicules, de multiples ponctions (opération, dit-il, d'une facilité enfantine) qui mettent en évidence des spermatozoïdes *immobiles* mais *bien conformés*.

Et l'auteur conclut : qu'il s'agit ici, comme vraisemblablement dans le cas de *Casper*, d'une Azoospermie par oblitération, soit des canaux testiculaires, soit du tube épididymaire.

Après un traitement local, à l'iode et général mixte (KI per os, et Hg en injections), le Wassermann redevint négatif et l'examen du sperme décela 10 *spermatozoïdes mobiles*.

On persévéra dans le traitement, et moins de trois semaines après ce dernier examen, *Scheuer* trouva dans le sperme de son malade, *de très nombreux spermatozoïdes normaux*.

L'obstacle était cette fois levé, la route des spermatozoïdes n'était plus barrée.

A ces observations françaises ou étrangères, nous pouvons ajouter trois observations personnelles de malades syphilitiques latents, dont le sperme ne contenait aucun spermatozoïde (un des examens à été fait par M. *Levaditi*). L'irrégularité des malades ne nous a pas permis de suivre chez eux les effets du traitement. Par contre, dans les dispensaires anti-syphilitiques de Bichat et de Boucicaut, nous avons pu rencontrer deux ou trois ménages stériles jusqu'alors, devenir féconds à la suite d'une ou deux séries de 914.

Voilà donc, qui démontre indubitablement l'existence d'une Azoospermie syphilitique.

Présence du spirochète dans le sperme. Azoospermie syphilitique légitiment suffisamment, à notre avis, la description d'une Syphilis occulte du Testicule.

III. — Faut-il y ajouter, pour être complet, un syndrôme, d'ailleurs exceptionnel, de **dystrophie testiculaire** par Syphilis acquise ?

Il s'agirait dans ces cas d'une inflammation latente, survenant dès la période secondaire, d'autrefois, plus tardivement, ne se manifestant par aucun signe physique immédiat, mais qui attire l'attention du malade et du médecin, par des signes fonctionnels tels que : mélancolie, épuisement, abattement, abolition des désirs vénériens, frigidité complète.

Cet ensemble de symptômes traduit une dystrophie testiculaire progressive qui, à son tour, retentit sur le reste du système endrocrinien : thyroïde en particulier, et par synergie fonctionnelle produit des modifications profondes dans l'organisme.

Il existerait donc une « dysorchitie syphilitique comme » il en existe une dysthyroïdie.

La première observation est due à *Gandy* (1900), la deuxième au professeur *Jeanselme* et à son élève *Terris*. Elle est récente. La voici résumée :

Homme de 38 ans qui, trois mois après le début de son chancre, voit apparaître des syndrômes fonctionnels tels que : mélancolie, abattement, frigidité, tous signes qui vont en augmentant, jusqu'au jour où les auteurs appelés à examiner le malade, *constatent une atrophie testiculaire, sans déformation ni*

nodosités de la glande. La verge, d'aspect normal, contrastait avec l'absence de poils aux aisselles, au thorax, au pubis ; leur diminution à la barbe et à la moustache, l'adiposité des seins, la forme arrondie du bassin, des hanches et de la racine des membres, l'altération de la voix ; bref, l'aspect féminin du malade, qui leur permit de conclure à un Syndrôme thyrotesticulaire d'origine syphilitique, remontant à la période secondaire.

Syphilis occulte héréditaire

Nous n'avons eu en vue jusqu'alors que la Syphilis acquise ; la Syphilis héréditaire peut atteindre elle aussi le Testicule d'une façon occulte.

1° Présence du Tréponème dans le Testicule

Nous n'y insisterons pas, elle ne présente pas d'intérêt clinique. Rappelons cependant que *Ch. Fouquet* trouva d'assez nombreux tréponèmes dans letissu interstitiel, dans les parois vasculaires et même dans *les canaux séminifères des Testicules* d'un mort-né à terme, bien conformé, ne *présentant aucune lésion syphilitique* et en particulier, rien dans la sphère génitale.

2° Azoospermie d'origine Hérédo-Syphilitique.

Observation 33.

Un interne de nos amis nous adresse, en novembre 1924, une jeune femme de 28 ans qui, depuis quelque temps, se plaint d'amaigrissement, d'asthénie, d'apathie, de digestions pénibles. Mariée depuis bientôt six ans, elle n'a pas d'enfants et s'en désole. Aucune fausse-couche. Elle accuse quelques douleurs du bas-ventre et des lombes, assez bien réglée.

C'est une femme de taille moyenne, physiquement et intellectuellement, bien conformée, d'ordinaire enjouée et mondaine. Elle présente les lobules de l'oreille soudés, de petites dents naines, trapues, mais régulières et, fait curieux : de l'anonychie des doigts et des orteils. L'ongle n'y est représenté que par une petite pellicule irrégulière qui atteint à peine 1 cm. de hauteur (1). L'utérus est infantile, mais le col n'est nullement atrésié. La trompe droite est douloureuse ; contrastant avec ces stigmates infimes, les *antécédents héréditaires* sont particulièrement chargés.

Fille d'une famille de 15 enfants, sur lesquels 8 sont morts en bas âge de convulsions ou méningite. Deux de ses sœurs sont mariées : ont 1, 2 fausses-couches au début, ont perdu ensuite chacune 2 enfants en bas âge.

Le 18 novembre, nous commençons un traitement au Novarsénobenzol intraveineux.

(1) Nous avons été frappé par la fréquence des malformations unguéales chez les Hérédo-Syphilitiques. Elles sont peu signalées par les auteurs. Nous nous proposons de revenir, un jour prochain, sur ce sujet.

Le 4 décembre, la malade nous déclare avoir retrouvé sa gaîté, sa force et son appétit.

Le 30 décembre. Fin du traitement : 5 gr. de 914 admirablement tolérés.

Le 17 janvier 1925, à l'époque des premières règles ayant suivi le traitement, la malade voit à sa grande stupéfaction, sa *menstruation arrêtée*.

Pour la première fois depuis plus de six ans et *coïncidant* avec la fin d'un traitement spécifique, la malade est enceinte. Cette coïncidence nous frappa.

Nous poursuivons le traitement un peu tardivement (la malade étant à l'étranger dans les premiers mois de sa gestation), et le 6 novembre 1925, elle accouche d'un magnifique enfant exempt de toute tare et que nous soignons à cause d'un placenta légèrement hypertrophique.

Cette observation peut paraître paradoxale dans un travail sur la Syphilis du Testicule .Elle n'y figure que par analogie, et pour montrer ce qui à l'origine nous a poussé à étudier la stérilité spécifique.

Revenons à l'azoospermie hérédo-syphilitique. C'est M. *Clément Simon* qui, en 1921, puis en 1924, insista sur ce nouveau Syndrôme glandulaire.

Il cite deux observations de sujets âgés l'un de 33 ans, l'autre de 46, atteints l'un de lésion oculaire avec Hecht positif après réactivation ; l'autre, de Hecht positif d'emblée. Tous deux admirablement constitués, exerçant des professions libérales, ne présentant aucun antécécent personnel, aucune manifestation épididymo-testiculaire, étaient *azoospermes*. Tous deux *étaient aussi hérédo-syphilitiques*.

Au cours d'une conférence sur la Syphilis du Testicule, M. *Louste* relate deux cas d'agénésie hérédo-spécifique.

Il s'agissait de ménages stériles depuis des années et chez lesquels le désir de procréer constituait une véritable monomanie. Les femmes avaient subi dilatations, stomatoplasties et autres interventions, sans plus de résultat.

Lorsqu'un examen du sperme de leur partenaire, fait immédiatement après éjaculation, prouva à M. *Louste* que

Dans le premier cas, il y avait azoospermie complète tandis que *dans le deuxième cas* les spermatozoïdes étaient très rares, peu mobiles, malformés « *aux trois-quarts morts.* »

Or les deux sujets, parfaitement normaux, par ailleurs, sans aucun antécédent pathologique personnel, étaient issus de pères Syphilitiques, dont l'un était connu par M. *Louste* lui-même.

Voici donc quatre cas d'agénésie d'origine syphilitique « et il est permis de penser, comme le dit M. *Cl. Simon*, qu'il en existe bien d'autres. Et il ajoute : « Peut-être aussi peut-on admettre l'hypothèse que des faits analogues existent chez la femme et expliquent certains cas de stérilité, alors que l'examen gynécologique le plus minutieux, ne fait rien découvrir d'anormal ».

L'observation placée en tête de ce chapitre confirme cette hypothèse.

L'intérêt des quatre observations que nous venons de résumer est accru de cette particularité capitale :

C'est que l'Azoospermie est l'unique signe qui attire l'attention sur la sphère génitale.

Dans tous ces cas, non seulement il s'agissait d'une Syphilis testiculaire occulte, puisque les glandes apparaissaient normales d'aspect, de volume, de forme, de consistance, mais aussi d'une véritable dissociation de leurs fonctions.

La glande endocrine était intègre, les sujets étaient tous des hommes dans toute l'acception du terme ; voix normale, pas d'absence de poils, squelette bien conformé, organes génitaux bien développés, appétits sexuels et éjaculation normale.

La glande exocrine était seule atteinte.

En résumé comme la Syphilis acquise, la Syphilis héréditaire peut se localiser sur le testicule d'une façon occulte, se traduisant : 1° Par la *présence du tréponème dans la glande* mise en évidence par un examen anatomo-pathologique ; 2° Par un *syndrôme caco-oligo-azoospermique* isolé. Elle peut enfin se traduire comme la Syphilis acquise, par une *dystrophie congénitale* : Ce sont des testicules touchés *ab ovo* : petits et souples à la naissance, ils vont rester tels. Atteints dans leur double fonction, ils provoqueront des troubles profonds des caractères sexuels secondaires et de toute l'économie. Troubles classiques que nous avons déjà énumérés parmi les séquelles de la Syphilis héréditaire classique du Testicule.

Il nous reste à envisager maintenant la pathogénie de la Syphilis testiculaire occulte, et d'en laisser entrevoir l'importance, à la fois théorique et pratique.

Pathogénie

Le spirochète est-il libre dans le sperme et y circule-t-il comme dans le sang, ou s'y trouve-t-il par suite d'une altération de l'Epithélium intra-canaliculaire ? Les modifications ou la suppression des spermatozoïdes sont-elles dues à des altérations directes de l'Epithélium séminal, ou à la difficulté, voire à l'impossibilité pour les animalcules de se frayer un passage ?

A ces questions on ne peut répondre qu'avec circonspection.

A) Il apparaît qu'il y a toutes chances pour que le tréponème du sperme soit en rapport avec des lésions testiculaires cachées, larvées, mais néanmoins existantes.

Et cependant, des auteurs ont pu comparer le sperme au lait de la femme, où l'on a trouvé le spirochète, alors que les glandes

mammaires ne présentaient aucune lésion apparente. Apparente !

D'autres identifient le sperme et le liquide céphalo-rachidien dans lequel on a mis quelquefois en évidence le tréponème alors qu'aucune réaction biologique ne traduisait la souffrance du nevraxe. Identification qui ne paraît pas toujours heureuse d'un liquide d'excrétion avec un exsudat.

Mais il y a des arguments plus impressionnants :

Wartin trouve des tréponèmes dans plusieurs testicules de Syphilis acquise ou Congénitale alors qu'il ne peut y reconnaître aucune modification histologique.

De son côté *Ch. Fouquet*, comme nous l'avons vu, découvre d'assez nombreux tréponèmes dans le tissu interstitiel dans les parois vasculaires et dans les canalicules d'un testicule de Syphilis congénitale, mais ne peut y déceler aucune lésion microscopique.

Il semble donc que l'on soit autorisé à penser que tout au moins a certaines périodes de la Syphilis (la période septicémique en particulier), la présence du tréponème dans le sperme ne traduit pas nécessairement une lésion du Testicule.

Il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, cette lésion doit exister, mais elle nous échappe.

Rappelons-nous *Weston* qui affirme, avec quelque exagération, avoir trouvé de l'orchite chronique chez tous les Syphilitiques autopsiés.

Rappelons-nous *Symmer* qui la trouve dans 39 % *des cas*. Il cite 61 observations d'orchi-Epididymite syphilitiques sur 171 syphilitiques, qui n'avaient fait l'objet d'aucune remarque clinique pendant la vie du malade.

B) Les modifications des spermatozoïdes et l'azoospermie sont-elles dues à des lésions obturatrices ou à des lésions destructives ?

L'observation de *Scheuer* de Vienne, que nous avons résumée plus haut, prouve que dans certains cas, l'azoospermie est en rapport avec un obstacle à l'exode des spermatozoïdes, comme l'a montré la prise du sperme après coït, et après ponction.

Guizetti qui a examiné macro et microscopiquement les testicules de quatre Syphilitiques autopsiés, trouve quelques îlots de dégénérescence sans lésions inflammatoires dans un cas ; dans le 2^{e}, une orchite typique, qui *n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie* ; dans le troisième, les séquelles d'une gomme guérie ; dans le quatrième, enfin, une orchite fibreuse avec dégénérescence complète de l'Epithélium séminal.

Il est donc permis d'admettre, que les altérations des spermatozoïdes ou leur suppression, sont en rapport le plus souvent

avec une *lésion obstruant* quelque part les voies testiculaires ou épididymaires, lésion évolutive, rétrocédant facilement ; lésion cicatricielle et alors immuable.

Beaucoup plus rarement, elles sont en rapport avec une destruction bilatérale de l'Epithélium séminal. L'altération est, d'emblée, définitive.

Ce qui vient d'être dit de la Syphilis acquise, vaut pour la Syphilis congénitale. Nous y avons déjà fait allusion chemin faisant.

Il y a cependant quelques légères différences.

Ainsi : il est vraisemblable que l'Azoospermie syphilitique héréditaire contrairement à l'acquise est le plus souvent en rapport avec une destruction complète des tubes séminifères au cours de la vie fœtale, ou au cours du développement.

Mais il ne faut pas oublier que ces lésions peuvent être tardives et évoluer lentement, qu'elles peuvent donc quelquefois rétrocéder, comme le prouvent des cas exceptionnels de guérison incontestable et des observations d'oligo et de caco-spermie (observations *Louste*).

Pratiquement on peut conclure que l'on est autorisé à traiter ces malades même tardivement, car comme l'a fait remarquer M. *Balzer* on ne peut savoir combien de temps il faut pour anéantir les fonctions du Testicule.

Voilà ce que l'on peut dire de la Syphilis occulte du Testicule. Pour ne pas en scinder l'étude, nous avons réuni en un seul chapitre Syphilis acquise et Syphilis héréditaire.

Nous y avons insisté longuement. C'est qu'il nous paraît que son intérêt est énorme.

Importance

La présence du spirochète dans le sperme peut expliquer, à notre avis, certaines *contagions mystérieuses* qui, pour beaucoup d'auteurs, ne le sont qu'en apparence ; ces *Syphilis décapitées*, que tous les syphiligraphes ont rencontrées, et dont il existe des observations certaines, malgré la négation de certains auteurs éminents.

Elle pourrait expliquer aussi les *Syphilis conceptionnelles* dont l'apparition n'est pas due, dans la très grande majorité des cas, à une imprégnation fœtale comme le pensait *Fournier*, mais comme le dit M. *Carle*, à une Syphilis *régulièrement* acquise. Nous disons : *A peu près* régulièrement, car si M. *Carle* admet qu'il s'agit dans ces cas d'une Syphilis dont l'accident initial passe dans la règle, inaperçu, parce que, ou insignifiant, ou mal observé, nous croyons que, dans un certain nombre de ces syphi-

lis, il passe inaperçu, parce que profond, utérin ? péritonéal utero-placentaire (*Fraenkel*) peut-être ? bref, porté au loin par la projection de liquide spermatique, vecteur de tréponèmes.

Et c'est précisément ce qui expliquerait que la plupart des Syphilis conceptionnelles (1), soient différentes cliniquement des Syphilis normalement acquises, ne se manifestant que par la positivité plus ou moins complète de la réaction de Wassermann et par l'apparition ultérieure, tardive, de lésions spécifiques tertiaires, viscérales surtout.

S'il est vrai que le spermatozoïde soit lui-même porteur de tréponèmes, cela pourrait motiver l'existence dans un nombre limité de cas, d'une infection germinative, l'ovule étant en même temps fécondé et infecté. Il existerait ainsi quelquefois une *hérédo-syphilis paternelle*, véritable *hérédo-syphilis spermatique*.

La présence des spirochètes dans le sperme et dans le parenchyme testiculaire en général, montre que le testicule peut être un véritable réservoir de virus. Or, s'il est vrai, comme on l'a prétendu, que le Testicule, comme le foie, a un rôle antitoxique et qu'il abaisse la toxicité des poisons internes et microbiens, on comprend que le spirochète y trouve un repère excellent d'où il ne demande qu'à sortir à l'occasion (*Fouquet*).

Le spirochète du sperme est de plus inconstant. Cette inconstance pourrait expliquer les *alternances* d'enfants sains et d'enfants malades, issus d'une même mère, dont le partenaire toujours le même, présente une sérologie négative.

Au cours de la Syphilis héréditaire, elle pourrait expliquer les réveils tardifs d'une Syphilis congénitale et aussi la *Syphilis atavique de deuxième génération*.

Poser ces questions, n'est, hélas! pas les résoudre. Elles ne font pas d'ailleurs partie de notre sujet.

De son côté, le syndrôme glandulaire azoospermique a une importance capitale eu égard à l'individu et à l'espèce.

Il montre qu'au cours de la Syphilis héréditaire, comme il vaut mieux prévenir que punir, il convient de traiter systématiquement les enfants issus de parents mal traités, car s'ils échappent aux lésions évolutives, ou aux dystrophies apparentes, ils peuvent plus ou moins tardivement être atteints dans leurs fonctions les plus nobles : *La Reproduction*.

Il montre qu'au cours de la Syphilis acquise la règle classique peut-être en défaut qui dit, que la descendance des Syphilitiques se succède selon un mode à peu près invariable : avortements, morts-nés, hérédo-dystrophiques, enfants normaux.

(1) *Conceptionnel* signifierait, le plus souvent qu'elle apparaît à l'occasion de la conception, mais non par son intermédiaire.

Le cycle peut être quelquefois arrêté par l'agénésie spécifique.

Nous possédons des observations de syphilitiques, qui ont vu leurs femmes rester d'emblée stériles, ou le devenir après une bonne ou mauvaise couche, jusqu'au jour où, à l'occasion d'un accident syphilitique intercurrent, d'un Wasserman fortuit, un traitement approprié est venu revigorer chez eux les spermatozoïdes, ou simplement leur ouvrir le chemin.

Le syndrôme azoospermique montre enfin, qu'il s'agisse de Syphilis acquise ou héréditaire que dans les ménages involontairement stériles, avant d'imposer à la femme des traitements gynécologiques, aussi ennuyeux qu'inefficaces, il suffit quelquefois d'examiner, entre lame et lamelle, le sperme de leur congénère, pour découvrir la clé du mystère.

Au moment de clore ce chapitre, par trop condensé peut-être, tombe sous nos yeux un article paru en mai 1883 dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques.*

L'auteur, *J.-L. Championnière*, y donne une très élogieuse critique de la monographie de *Reclus*, qui venait de paraître. Il ajoute :

« On aurait dû nous dire un mot de ces conditions anormales de la glande testiculaire créées par la Syphilis, dans laquelle la sécrétion testiculaire reste stérile. Dans ce cas, le spermatozoïde existe-t-il ? Est-il misérable ou absent ?

» Certains faits paraissent le démontrer fort clairement, bien qu'on n'ait pas vu chez les individus des lésions testiculaires apparentes.

» Dans une histoire très complète de la Syphilis du Testicule, ces faits ne doivent pas être oubliés. »

A de très longues années de distance, il nous est agréable de nous rencontrer avec le savant chirurgien et d'avoir *essayé* de combler une lacune, que déjà il avait entrevue.

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

Nous appelons ce chapitre *associations pathologiques* et non pas *hybride*. L'idée d'*hybridité*, en effet (du grec *Ubris*, outrage), semble signifier la combinaison intime — chimique — de deux processus pathologiques formant un tout, dont les caractères ne rappellent plus les caractères des affections originelles.

Or, il ne nous paraît nullement prouvé que ces « combinaisons » existent dans les cas qui nous intéressent.

L'association, au contraire, implique pour nous, non pas des lésions mixtes, mais l'idée de concomitance.

La question du terrain (local ou général) ne nous intéresse pas. Elle intervient comme cause prédisposante ou modificatrice ; à ce titre, elle a été étudiée.

Nous nous en tenons strictement aux coexistences de la Syphilis avec d'autres affections de la glande génitale.

Or, il semble que ces deux questions aient été longtemps confondues par les auteurs ; *Ricord*, *Fournier*, *Jullien*, *Reclus* soupçonnent les coïncidences pathologiques, mais ne les précisent pas.

Mauriac, par contre, en cite dans son livre, deux observations et parle d'une véritable affection mixte Blennorratie et Syphilis du Testicule, plus compliquée, plus longue et plus difficile à guérir. Plus tard, *Montaz* en publie lui-même un exemple.

Au Congrès de Dermatologie de 1900, où l'on a étudié les associations de la Syphilis avec les autres affections, *Ducrey* signale la Blennorragie comme cause prédisposante de Syphilis testiculaire, mais ne donne pas d'exemple d'association.

Hamonic, au contraire, dans une *Revue générale* sur la Syphilis, parue en 1901, signale trois observations d'Hybridité tuberculo-syphilitique et insiste sur l'évolution relativement favorable de ces cas.

En 1903, paraît, dans la *Gazetta d'Ospedali*, l'observation suivante de *Secchi* :

Il s'agissait d'un malade, qui au cours d'une uréthrite gonococcique, fit une Orchi-Epididymite typique, que l'on traita par le repos et les révulsifs,

tant et si bien qu'au bout de 15 jours la tumeur scrotale avait considérablement diminué et l'hydrocèle disparu; l'Epididyme était redevenu à peu près normal, le *Testicule* seul encore tuméfié, présentait deux noyaux du volume d'une petite noix, dont un était ramolli et fluctuant.

Le malade interrogé, avoua la Syphilis et, de fait, un traitement mercuriel remit tout dans l'ordre.

L'auteur, commentant son observation, conclut qu'il ne s'agit pas dans son cas de symbiose Blenno-Syphilitique mais de préparation de terrain de la première à la seconde.

On n'en doit pas moins retenir l'évolution rapide des gommes testiculaires et leur tendance au ramollissement.

En 1912, au cours d'une discussion à la Société d'Urologie de Bucarest, *Jianu* cite

l'observation d'un malade qui présentait une ulcération au niveau de la tête de l'Epididyme au fond de laquelle il existait trois fistules suppurant abondamment. Le pus contenait des *bacilles de Koch* et *tuberculisa le cobaye*. « On soigne le malade pour sa tuberculose épididymaire, sans aucun résultat ». Au contraire, un traitement *antisyphilitique* au salicylate de Hg amène très rapidement la cicatrisation de l'ulcération, sans parvenir cependant à tarir les trajets fistuleux.

L'auteur conclut à une association Syphilis et Tuberculose.

Deux ans plus tard, le *professeur Colleville*, de Reims, publie l'histoire d'un malade qui présentait une double *Orchi-Epididymite* évidente avec Syphilides ulcéreuses de la jambe et Wassermann très *positif*.

Un traitement sérieux (pour l'époque) ne laisse persister, au bout du compte, que quelques petits nodules de la tête épididymaire gauche et une moitié de cylindre bosselé à la queue de l'Epididyme droit.

L'auteur conclut, un peu prématurément, à notre avis, à une Syphilo-tuberculôme du Testicule.

Pareillement *Herman* et *Kandler* publièrent l'observation étonnante d'une jeume homme atteint de tumeur scrotale gauche, qui avait été incisée. Il s'était constitué sur la face antérieure du scrotum trois fistules correspondant à une grosse et douloureuse tuméfaction du globus major. Tout le reste du système génital était normal.

Dans le pus des fistules *on trouva le Bacille de Koch*, tandis que le Wassermann du sang fut négatif à trois reprises différentes. Ces auteurs procédèrent à une Epididymectomie. Mais à l'examen macroscopique de la pièce, ils furent frappés par la dureté de la tête épididymaire. Ils firent chercher dans les râclures de la surface du noyau : *le Tréponème, qui fut trouvé*; d'ailleurs, l'examen histologique était tout à fait caractéristique d'une infiltration syphilitique.

Les auteurs admettant les conclusions de leurs bactériologistes, concluent à une dualité syphilo-tuberculeuse.

En 1920, *Magee* cite l'observation intéressante d'un malade âgé de 48 ans, syphilitique (Wassermann très positif) et tuberculeux (radioscopie nette) qui consultait pour une double tumeur scrotale.

A gauche : très grosse épididymite nodulaire avec funiculite et énorme déférent.

A droite : noyaux multiples testiculaires ; l'Epididyme de ce côté se palpait mal.

Magee intervient à gauche et fait une large épididymectomie.

L'examen macro- et microscopique de la pièce, permit de poser le Diagnostic de *Tuberculose*.

Le patient, qui quitte l'hôpital après avoir subi un petit traitement antispécifique, revient deux mois après, pour des douleurs intolérables du testicule *droit*. Aux signes physiques antérieurement trouvés, s'était ajoutée une fistule, partant du pôle supérieur de l'Epididyme, et s'ouvrant à la face antérieure du scrotum. L'Epididyme était irrégulier et le canal augmenté de volume.

On intervient donc de ce côté également : on trouve un testicule à surface parsemée de kystes et dont le parenchyme, apparaissait de consistance fibro-gélatineuse. *Magee* se contente de faire une Biopsie sur Testicule et Epididyme qui démontra qu'il s'agissait d'*Orchi-Epididymite* syphilitique tout à fait caractéristique.

De fait, le traitement anti-syphilitique intensif, améliora rapidement les lésions.

La Tuberculose et la Syphilis semblaient s'être partagé le terrain, l'une à gauche, l'autre à droite. Peut-être celle-ci prédominait-elle

Ces observations nous permettent de cataloguer les faits pour étudier leurs caractères et leurs influences réciproques. Les associations morbides peuvent être classées en trois groupes :

Syphilis et Blennorragie ;
Syphilis et Tuberculose ;
Syphilis et Orchi-Epididymite urinaire ou infectieuse en général ;

Nous éliminons la Syphilis et le kyste de l'Epididyme, qui n'est pas une maladie, mais une malformation. Elle n'intéresse que l'Epididyme et à ce titre, elle a été étudiée.

Reste donc à considérer la coexistence de la Syphilis du Testicule soit avec une affection aiguë (Orchi-Epididymite gonococ-

cique ou infectieuse) soit avec une affection chronique (Epididymite tuberculeuse).

Quelle que soit l'association, on peut dire qu'elle est rare.

I. Syphilis et Blennorragie.

Observation 34. — (Cochin).

Un malade âgé de 24 ans, consulte en Médecine pour une grosse tumeur scrotale gauche très douloureuse, ayant débuté brusquement avec fièvre. C'est un tuberculeux pulmonaire qui présente une *Blennorragie chronique*, en poussée aiguë, avec *gonocoques*. On conclut à *Orchi-Epididymite* blennorragique et on le traite en conséquence.

Dix jours après, le malade est passé dans le service des affections génito-urinaires parce que depuis trois jours il présente sur la face antérieure du scrotum gauche, une petite tuméfaction rouge fluctuante, prête à s'ouvrir. *Cette tuméfaction est incicée*, il s'écoule une sérosité louche.

Nous voyons le malade et nous constatons qu'il présente à gauche un large placard d'adhérence, au milieu duquel il existe une petite zone de décollement rouge violacé où s'ouvre une fistule, d'où s'écoule un liquide jaunâtre. Le testicule petit, assez gros et allongé, est adhérent en avant, dur et indolore. L'Epididyme est souple, sauf au niveau de la moitié inférieure du corps et de la *queue* qui est augmentée de volume, infiltrée et douloureuse. Le canal déférent est gros et sensible.

Il n'y a pas de funiculite. La prostate est molle, mal limitée et il existe une vésiculite gauche.

Dans le pus de la fistule on trouve des microbes banaux ; dans l'écoulement uréthral de nombreux gonocoques intra et extra-cellulaires.

Le Wassermann du sang est négatif, mais l'interrogatoire nous apprend que *le malade a eu douze mois auparavant, un chancre* avec *tréponèmes* (constatés dans un centre vénéréologique important) et qu'il a eu pour tout traitement, comme le prouve son carnet, 5 injections de Novarsénobenzol.

Nous commençons immédiatement le traitement novarsénobenzolique et tout rentre dans l'ordre progressivement. Moins de trois semaines après, le testicule a diminué des deux tiers, il s'est assoupli et a recouvré sa sensibilité ; l'adhérence scrotale a disparu ; la fistule est tarie, mais se ferme lentement.

La queue de l'Epididyme reste grosse. Il y a toujours du gonocoque dans l'urèthre.

Cette observation est aussi typique, sinon davantage, que celle de *Secchi*.

S'il est donc démontré que l'Orchi-Epididymite gonococcique prépare souvent le terrain de l'Orchi-Epididymite syphilitique, quelquefois la première précède de tellement près la seconde, qu'elles semblent coexister.

Cliniquement il est impossible de soupçonner cette association. On fait le Diagnostic de l'une d'elles, *la première*. Sa rétrocession lente peut cependant faire soupçonner une anomalie. En général, ce n'est que lorsque les phénomènes aigus ont disparu, que le

traitement adéquat a épuisé tout ce qui appartient à la Blennorragie, que l'on trouvera un testicule assez gros, *bosselé*, par endroits ramolli, un Epididyme parfois irrégulier qui fera penser à la Syphilis du Testicule.

Le Diagnostic sera d'autant plus difficile que le toucher rectal pourra montrer des modifications prostato-vésiculaires en rapport avec la Blennorragie.

L'influence de l'Orchi-Epididymite gonococcique sur l'Orchi-Epididymite syphilitique nous paraît certaine. Bien que l'Orchi-Epididymite gonococcique ne suppure pas, la tendance destructive du gonocoque s'impose à la tendance néoformative du tréponème ; la forme gommeuse prédomine et son évolution vers le ramollissement est rapide et précoce.

(Il convient de signaler que le *Sulfarsénol* a une influence aussi active sur certaines Orchi-Epididymites gonococciques que sur les Orchi-Epididymites syphilitiques en général. Il n'en faudrait donc, pas conclure de la seule efficacité de ce traitement à une dualité blenno-syphilitique.)

II. Syphilis et Tuberculose.

Observation 35. — (Cochin).

C..., 48 ans ; a eu la Syphilis il y a 20 ans, la Blennorragie, il y a 15 ans. Il consulte le 1er décembre 1919, pour une tuméfaction du scrotum gauche, ayant débuté, il y a six semaines, et augmenté progressivement de volume sans douleur..

L'examen montre une tumeur rénitente, transparente, ovoïde avec prolongement inguinal : Hydrocèle vraisemblablement symptomatique qui rend impossible la palpation des organes sous-jacents.

La prostate de dimensions normales est *granuleuse* à gauche. La vésicule, du même côté, est perceptible et douloureuse. Les urines sont claires.

Une ponction évacuatrice permet de déceler un Epididyme gros, induré, sensible ; la queue de l'organe surtout est très augmentée. *Le testicule a perdu sa souplesse et présente par places des plaques indurées.*

Du côté droit, un épanchement minime n'empêche pas de sentir un Epididyme un peu gros.

Les lésions testiculaires font penser à *la Syphilis* et on traite le malade par deux injections de Novarsénobenzol et par de l'huile grise hebdomadaire pendant deux mois et demi.

Il aurait quitté l'hôpital très amélioré.

Le 23 *février* 1922, le malade revient pour une tuméfaction *droite* ayant débuté insidieusement, il y a un mois et demi.

A droite, grosse hydrocèle qui rend impossible la palpation de l'appareil testiculo-épididymaire.

A gauche, l'épanchement ne s'est pas reproduit depuis la ponction d'il y

a deux ans, mais il persiste une grosse queue épididymaire. Le testicule est souple.

Au toucher : La prostate droite présente un gros noyau dur, bien limité et une énorme vésicule injectée au suif. A gauche, les lésions prostato-vésiculaires sont à peine perceptibles.

La ponction de *l'hydrocèle droite* fait écouler un liquide louche et pâle et permet d'apprécier un testicule normal, souple, sensible, coiffé par un énorme cimier de casque, constitué par l'Epididyme qui est dur, augmenté de volume, surtout à la queue, et sensible.

On conclut à une *Epididymite tuberculeuse.*

Si les scrofulates de vérole, chers aux anciens auteurs, ne nous paraissent pas devoir se rencontrer à la glande séminale, mais s'appliquer bien davantage (comme l'avait déjà remarqué *Tedenat*) à ces lésions ganglionnaires torpides, à ces ulcérations echtymateuses rappelant à la fois la Syphilis et la Tuberculose, par contre, l'association ou la coexistence de ces deux affections nous semble moins rare qu'on ne l'imagine.

Cliniquement : C'est une grosse tumeur, où il est difficile de reconnaître le testicule de l'épididyme.

On porte le Diagnostic parfois sinon de Néoplasme, du moins de Tuberculose hypertrophique ou de Syphilis, selon qu'il y a ou non des lésions prostato-vésiculaires.

D'autrefois, c'est un testicule blindé ou bourré de grains de plomb entouré d'un véritable casque épididymaire : on pense à la Syphilis.

Bref dans tous ces cas, le Diagnostic d'association *n'est posé que secondairement*, soit au cours d'une Epididymectomie ou d'une castration, soit après un traitement *anti-syphilitique*, qui fait fondre ce qui appartient à la Syphilis, laissant persister au contraire les produits tuberculeux.

Théoriquement, on pourrait soupçonner la coexistence des deux affections : lorsqu'il est possible de limiter les différents segments de l'appareil épididymaire.

En effet, la Tuberculose atteint rarement, du moins en apparence, le testicule, se confinant surtout à l'Epididyme et principalement à la queue.

La Syphilis atteint souvent l'*Epididyme*, mais les lésions en sont sinon plus petites du moins plus grossières à tendance nodulaire, à localisation surtout à la tête.

Le toucher, enfin, peut permettre, de soupçonner la Tuberculose s'il montre des lésions prostato-vésiculaires qui se voient rarement dans la première de ces affections (contrairement à ce qu'écrivent certains auteurs américains).

Pratiquement, le Diagnostic se fait à posteriori plus ou moins, soit comme nous l'avons dit par les séquelles qui subsistent après traitement, soit *aussi* par la lenteur avec laquelle il agit.

Influences réciproques.

S'il semble que l'Orchi-Epididymite gonococcique ait une influence sur l'Orchi-Epididymite syphilitique, s'il nous a paru que l'Epididymite tuberculeuse chez un Syphilitique se localisait surtout à la tête et s'ouvrait en avant, *nous n'avons pas eu l'impression que dans les Syphilo-tuberculômes testiculaires il y ait eu une modification dans l'allure des deux affections considérées séparément.*

Hamonic, cependant, ajoute que dans les trois cas, où il a vu la Syphilis du Testicule se surajouter à une Tuberculose *préexistante*, la Syphilis n'a pas paru exercer une influence néfaste sur l'état local. Au contraire (les malades étant traités pour la Syphilis), elle a engendré un processus scléreux, qui a amené du côté des lésions tuberculeuses une sorte d'action régressive et atrophiante.

(Il convient d'ajouter que chez l'un de ces trois malades, l'atrophie a été obtenue par une suppuration prolongée et complète de la glande !)

Colleville, de son côté, à la fin de son observation remarque que le traitement ioduré intensif n'a pas donné de coup de fouet à l'évolution tuberculeuse et que les lésions épididymaires persistantes ne réclamaient pas, à son avis, de traitement spécial, puisqu'elles semblaient correspondre à une Tuberculose bénigne et sclérosante.

Dans une de nos propres observations, citée plus haut, il semble que le traitement anti-syphilitique ait arrêté le processus tuberculeux du côté où il y avait association syphilitique, sans empêcher son évolution du côté opposé.

Cette *évolution* sclérogène ne se retrouve pas dans les cas de *Jianu* et de *Magee*. Fait curieux dans ces deux observations de Syphilo-tuberculôme, les lésions tuberculeuses sans se localiser surtout *à la tête*, se fistulisent à ce niveau sur la *face antérieure* du scrotum comme une gomme banale du testicule.

Faut-il conclure que les Epididymites tuberculeuses développées sur un terrain syphilitique ou associées à une Syphilis génitale, se fistulisent en avant ? De plus, dans l'étude des influences réciproques de la Syphilis et de la Tuberculose du Testicule, faut-il faire intervenir, comme pour le poumon, des considérations sur la priorité de l'affection ? Syphilis sur Tuberculose ? Tuberculose sur Syphilis ?

Nous ne saurions conclure !

Syphilis et Orchi-Epididymite urinaire (ou infectieuse en général).

La Syphilis du Testicule peut s'associer également à l'Orchi-Epididymite urinaire. Dans le cas où il nous a semblé rencontrer cette association (et dont on retrouvera l'observation parmi celles de Syphilis héréditaires tardives) en plus de l'Epididymite il y eut gomme du Testicule qui se ramollit, se fistulisa en avant et forma un véritable Fongus que le traitement anti-syphilitique fut incapable d'arrêter.

La tendance suppurative de l'Orchi-Epididymite urinaire s'imposa, ici, nettement.

Observation 36. (Saint-Louis).

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un malade de 66 ans qui nous consulta pour une tumeur indolore, adhérente au scrotum droit. Les antécédents du malade nous firent conclure à une Syphilis et malgré une réaction négative du sang, nous commençâmes un traitement au Bismuth et au KI.

Sur ces entrefaites, nous demandâmes au malade du sperme aux fins d'examen. Il nous en donna *avec difficulté*. Le liquide séminal contenait spermatozoïdes et nombreuses *hématies*. Soit coïncidence, soit à la suite de cet acte, la tumeur scrotale augmenta brutalement, devint volumineuse, rouge, très douloureuse et s'accompagna d'une funiculite *intense*.

Nous pensâmes à un coup de fouet sur un néoplasme et, faute de mieux, nous continuâmes cependant le traitement anti-syphilitique.

Dans les jours qui suivirent, tumeur et funiculite diminuèrent et apparut en avant une fluctuation nette.

Nous arrêtâmes le traitement anti-syphilitique et nous conclûmes à une Orchi-Epididymite d'origine X, puisque le malade quoiqu'ayant une porstate augmentée de volume, n'était ni rétentionniste, ni rétréci, et que ses urines étaient claires. Nous conseillâmes au malade révulsion et repos, et des séries de KI par décades.

Deux mois après, le scrotum était souple ; toute adhérence avait disparu ; le testicule et l'épididyme parfaitement délimitables.

Le premier présentant des irrégularités était, en partie, induré et insensible.

Le second, portait un double noyau dur, indolore, à la tête et à la queue.

Le Wassermann était devenu faiblement positif.

Nous remîmes le malade au KI et au Bi. Il est actuellement complètement guéri.

Il semble que dans ce cas, une Orchi-Epididymite infectieuse se soit associée à une Orchi-Epididymite syphilitique ou que celle-ci ait subi une poussée inflammatoire post-traumatique.

Conclusions

De tous ces faits, on peut tirer quelques conclusions diagnostiques, thérapeutiques et pathogéniques :

L'association morbide est en général diagnostiquée tardivement ; l'évolution lente, la rétrocession lente ou incomplète du traitement ne doit pas toujours faire penser à une erreur de Diagnostic, mais quelquefois à une association morbide. Celle-ci peut-être soupçonnée dès le début.

Le cas est facile du malade que l'on connaît ou dont les antécédents sont nets de telle ou telle affection.

Dans les autres cas, quand aux signes de Syphilis s'ajoutent des signes anormaux épididymaires ou prostato-vésiculaires on pourra soupçonner une association. La réciproque est vraie pour la Tuberculose.

Pratiquement le *danger* n'est pas d'imposer inutilement un traitement anti-syphilitique. Le danger est de se laisser imposer par les signes anormaux et de recourir d'emblée à une thérapeutique mutilatrice évitable.

A ces considérations pratiques s'opposent les aperçus théoriques d'ordre pathogénique.

Nous avons appelé ce chapitre *Associations morbides*, car nous avons l'impression que l'hybridité n'existe pas.

Que les affections associées s'influencent et modifient leur évolution, c'est certain ; qu'elles se combinent, rien ne l'est moins.

Les faits semblent se passer comme si les deux affections coexistantes avaient au début leurs cantonnements propres, mais comme si, très rapidement, l'une d'elles, la dernière venue, l'emportait sur l'autre, sans toutefois l'étouffer. Il y a *symbiose*, mais dans un premier temps celle-ci serait *harmonique*, dans un deuxième temps *dysharmonique*.

En faveur de cette double hypothèse : des arguments cliniques, bactériologiques, anatomo-pathologiques.

La Clinique peut montrer les caractères individuels des deux affections, mais le plus souvent l'Orchi-Epididymite gonococcique ou urinaire masque une Syphilis testiculaire concomitante, de même que quelquefois l'Epididymite tuberculeuse s'efface devant une Syphilis testiculaire.

Le Laboratoire a permis de déceler, dans le pus des lésions fistulisées, le Bacille de Koch et son inoculation au cobaye a

pu être positive (*Jianu*) ; mais dans un cas (*Herman* l'affirme) à côté du Bacille de Koch il a été possible de déceler le Tréponème.

Et cependant, après opération, l'*examen anatomo-pathologique* des coupes de l'organe aurait démontré des lésions très nettement syphilitiques. Il est vrai que cet examen n'arrive pas toujours à faire le départ entre la Syphilis et la Tuberculose.

Quel est le mécanisme de ces associations morbides ?

Nous croyons que l'affection préexistante joue le rôle de cause prédisposante. Elle favorise le réveil, la fixation du virus de l'affection associée, selon que celui-ci y préexiste à l'état latent et atténué, ou qu'il infecte secondairement l'organisme. Qui sait même si en créant dans un organe un *locus minoris restitentiae*, une affection n'augmente pas la vulnérabilité de cet organe.

« Ainsi que l'a enseigné, un des premiers, *Desgranges* de Lyon, toute déviation organique est un pas vers une déviation organique plus grave. »

Et *Jullien* ajoute :

« Plusieurs faits montrent le Syphilôme naissant sur des Epididymes affectés partiellement d'infiltration gonococcique ou tuberculeuse (*Tanturri*). Inversement, ce n'est pas chose très rare que de voir le carcinôme succéder au sarcocèle syphilitique. »

Et c'est, en effet, une nouvelle association, que nous allons maintenant envisager.

Syphilis et Cancer du testicule

Les idées prophétiques de *Jullien* n'ont pas encore reçu confirmation. La Cancer demeure une grande inconnue. Les hypothèses seules sont permises, mais l'observation non seulement les autorise, elle ne les infirme point. Dans l'Etiologie du Cancer (qui apparaît comme un véritable syndrôme), la Syphilis joue un rôle prépondérant.

Il existe indubitablement un Cancer sur-syphilitique.

C'est peut-être le plus fréquent.

La relation de ces deux affections est-elle *directe* ? De cause à effet ?

Est-elle *indirecte* par les troubles de nutrition et par les lésions vasculaires qu'elle entraîne, ou par l'intermédiaire du tissu cicatriciel que la Syphilis crée et sur lequel se développerait si volontiers le Cancer ?

Est-elle *fortuite*, la rencontre du Cancer avec une affection extrêmement fréquente comme la Syphilis

Nous ne saurions conclure !

Ce qui est certain, c'est que la Syphilis acquise ou héréditaire est l'antécédent le plus fréquent du Cancer.

Fournier pouvait dire que *la Syphilis bâtit le nid du Cancer*. *Ozenne*, dans une thèse intéressante et plus tard *Horand*, de Lyon, ont essayé de le démontrer.

Plus d'une fois, nous avons entendu notre maître *Milian* s'écrier : « Soignez la Syphilis, vous supprimerez le Cancer » !

Non seulement la Syphilis créerait le terrain général du Cancer, mais celui-ci semblerait se fixer avec prédilection sur un organe antérieurement touché par le Tréponème.

Nul ne le conteste pour la langue ; nombre l'admettent pour l'estomac ; quelques-uns pour le rectum ; d'autres pour les Epithéliomas cutanés.

Que faut-il penser du Cancer sur Syphilitique du Testicule ?

« La fréquence du Cancer du Testicule chez les Syphilitiques s'explique, écrit *Horand*, par la fréquence des lésions syphilitiques sur cet organe. »

De son côté, en 1922, *Nanta, de Toulouse*, pouvait dire (approuvé par MM. *Civatte* et du *Bois*) « que dans le testicule syphilitique on voit quelquefois une métaplasie qui aboutit à la transformation de l'Epithélium séminal avec cellules géantes d'origine parenchymateuse et effondrement de la paroi propre, et qu'il est difficile alors de dire s'il s'agit de cellules séminales, de cellules de Sertoli, voire de cellules interstitielles. » Et il ajoutait : « Toujours est-il qu'on peut trouver là *un terrain d'étude qui permette de saisir le passage de la Syphilis au Cancer*. »

Il y a deux questions :

1° Le Cancer du Testicule développé chez un syphilitique (acquis ou congénital) : Les observations en sont nombreuses. Elles nous intéressent peu, quoique dans ces cas il pourrait s'agir de Syphilis testiculaire occulte passée inaperçue ;

2° Le Cancer du Testicule développé sur *une Orchi-Epididymite syphilitique* évidente : Ces cas apparaissent beaucoup plus rares, mais sont bien plus importants.

Il existe dans la littérature quelques observations, qui semblent certaines :

1° **Observation Verneuil** (Congrès de Londres 1882) :

Cancer du testicule atteignant un testicule guéri depuis deux ans de Syphilis. L'auteur y fait intervenir un *locus minoris resistentiae*.

2° **Observation H. Petit** (in thèse Ozenne).

Malade atteint de *sarcocèle syphilitique* qui guérit par un traitement mixte, laissant cependant quelques traces d'induration.

Plusieurs mois après, apparut une nouvelle tuméfaction du testicule qui ne

céda pas au traitement. Il se forma rapidement un abcès gazeux des bourses, nécessitant la castration. Mais le malade mourut de généralisation néoplasique.

La pièce avait démontré l'existence d'*une encéphaloïde typique avec kyste central.*

3° **Observation Meunier** (in thèse Ozenne).

Homme de 33 ans, *Syphilitique* qui, à la suite d'un violent traumatisme, fit un sarcocèle syphilitique droit, qui guérit.

Neuf ans après, il présenta un Iritis ; dix ans après : le testicule droit se mit à augmenter de volume et à devenir douloureux. Le traitement anti-syphilitique resta sans effet. Il n'empêcha pas l'ouverture de la tumeur et la formation d'un fongus. On fit une castration et l'examen microscopique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un *Sarcôme.*

A ces trois cas anciens, qu'il nous soit permis d'ajouter une observation personnelle. Elle n'est, certes, pas absolument démonstrative. Puisse-t-elle, cependant, convaincre le lecteur autant qu'elle nous a convaincu ! Puisse-t-elle du moins le troubler et l'obliger à rechercher par l'examen clinique et histologique, ces cas de Cancers sur Syphilitiques qui, nous le croyons, ne sont pas exceptionnels.

Observation 37. — Séminôme sur Syphilitique (?) du Testicule gauche (Cochin).

A..., P..., présente un *gros testicule* gauche indolore, mais gênant.

Aux dires du malades, ce testicule jadis de la taille d'une prune, était antérieurement en *ectopie* inguinale. Depuis quatre mois environ, il grossit et descend progressivement dans le sac scrotal.

Malade bien bâti, floride, n'accusant que quelques bronchites hivernales et Blennorragie dans le jeune âge.

Le *Testicule gauche* à peu près ovoïde, mesure 7 cm. 3 dans son grand axe, 5 dans son diamètre transversal. Il est légèrement aplati, très dur et complètement indolore. Lisse dans toute sa moitié inférieure, il présente au tiers de sa face externe, quelques crêtes parallèles longitudinales, et en son milieu une petite bosselure rénitente, de la taille d'un pois, très sensible à la presion.

L'*Epididyme* apparaît normal sur toute sa longueur ; on pince facilement sa tête.

La Vaginale ne peut être pincée que dans le tiers inférieur de la tumeur.

Le déférent est normal, mais il existe une *funiculite antérieure* légère dans laquelle on ne perçoit pas les battements de la spermatique.

Le Testicule droit de taille inférieure est souple, lisse, sensible.

L'Epididyme présente, au niveau de sa queue, un petit noyau indolore.

Il semble qu'il y ait un très léger épanchement vaginal. Leucoplasie commissurale droite légère. Déformation de la pupille droite. Réflexes normaux. Les autres appareils paraissent intacts.

Tension : 13.5 — 9,

Urée : 0.55.

Les antécédents héréditaires et personnels du malade ne nous apprennent rien ; par contre, *il avoue que sa femme a suivi plusieurs séries d'injections intraveineuses*, à la Salpétrière, à la suite desquelles *une maladie nerveuse* aurait été guérie. Son *Wassermann à cette époque était positif.* Celui du malade fait à ce moment fut négatif.

M. *Chevassu* pense à un Néoplasme sur un testicule en ectopie. Mais vu les antécédents collatéraux du malade, et malgré une nouvelle réaction négative du sang, conseille *un traitement d'épreuve.*

A cet effet, nous faisons prendre au malade l'Iodure de Potassium per os, 2, puis 3, puis 4 gr. En même temps nous alternons deux fois par semaine, le Quinimuthol et l'Acétylarsan intra-fessier.

Au bout de huit jours, nous avons l'impression (confirmée par le malade) que si la tumeur n'a pas diminué elle a, tout au moins, recouvré une certaine *souplesse* dans sa moitié supérieure où elle est devenue *sensible*. La bosselure de la face externe a disparu en partie.

Encouragés, nous continuons le traitement : au Quinby et au Novarséno-benzol ; à partir de ce moment, *état stationnaire*, au point que le patient demande à reprendre « l'ancien » traitement.

Nous persévérons pourtant ; mais comme au bout de vingt-et-un jours, après le début de ce traitement d'épreuve, nous n'obtenons pas de résultat, comme l'amélioration du début semble s'être arrêtée, comme il nous paraît au contraire que la tuméfaction augmente, craignant *un néoplasme*, nous conseillons au malade *l'exploration sanglante*.

Elle a lieu, en définitive, six semaines après la première entrée du malade à l'hôpital.

Voici son compte rendu :

« Vascularisation des tissus mous péritesticulaires. Adhérence totale des deux « feuillets de la vaginale, dissociables sans grande difficulté.

« L'albuginée est plus vasculaire que normalement, mais pas au degré qu'on « observe dans les Néoplasmes. Elle est flasque à la partie supérieure. Une petite « incision montre sous elle un tissu non exubérant, dont on distingue les tubes. « L'ensemble a une teinte feuille morte et n'a pas d'aspect œdémateux ou ver- « nissé.

« Nouvelle incision plus bas au tiers inférieur de la face antérieure. Après « un demi-centimètre on arrive sur une zone plus consistante, dans laquelle les « tubes ne paraissent plus dissociables, mais forment un bloc un peu gélatineux. « *Il s'agit à peu près certainement d'une gomme.*

« La limite de cette zone plus dure est légèrement *sinueuse*. La couleur des deux « zones est sensiblement la même et c'est leur consistance surtout qui les diffé- « rencie.

« Plusieurs ponctions profondes ne décèlent pas de pus, mais la première suture faite après excision d'une tranche, laisse sourdre un peu de liquide puriforme.

L'examen histologique ayant montré qu'il s'agissait d'un *Séminôme* la castration est décidée.

Elle est pratiquée sans incidents quelques jours après.

Or voici ce que la pièce a montré :

Examen macroscopique : « quantité considérable de tissu nécrosé, qui remplit la presque totalité du Testicule hypertrophié. Contours sinueux comme font habituellement *les gommes*. Aspect vieil ivoire. Autour de cette zone blanche sur les trois quarts de sa circonférence, tissu chamois rosé, formant une coque variant de 1 cm. d'épaisseur à quelques mm. seulement.

Sur le quart de son étendue, la nécrose affleure directement la surface du testicule. »

La pièce rappelait, donc, le testicule syphilitique.

Examen microscopique (*Dr. Giroux*).

» *Séminôme incontestable*, mais le tissu néoplasique vivant occupe une place relativement minime. Dans l'ensemble, la plus grande partie du testicule est nécrosée. Il s'agit à peu près sûrement de nécrose du Néoplasme.

» A la périphérie, lésion de *sclérose considérable* péritubulaire (des membranes propres) beaucoup plus accentuée que dans les néoplasmes habituels. Il y a, en plus, des *lésions d'endartérite* manifeste et (en dehors du néoplasme) des foyers inflammatoires interstitiels, correspondant à une affection chronique qui n'est certainement pas la Tuberculose, mais très probablement la Syphilis.

C'est vraisemblablement cette sclérose qui a favorisé la nécrose précoce et étendue du néoplasme. On peut se demander si, dans une certaine mesure, ce n'est pas un bien pour un mal.

En tous cas, le malade a quitté l'hôpital vingt jours après la deuxième intervention, complètement cicatrisé.

Nous nous proposons de le suivre régulièrement.

DIAGNOSTIC

Avant de discuter le Diagnostic de Syphilis du Testicule, il convient d'exposer très brièvement la façon, dont on palpe une tumeur intra-scrotale.

Cet examen se fait le malade couché, le médecin assis en face de lui et du côté lésé.

Très rapidement on examine le côté sain ; on passe ensuite du côté malade.

La main gauche empaume la région du cordon, tandis que la main droite soupèse, énuclée pour ainsi dire, le contenu scrotal, tend le scrotum à la surface et en rend perceptibles à la vue, les moindres irrégularités.

Pouce en avant, les autres doigts en arrière vont à la rencontre les uns des autres, de haut en bas et d'arrière en avant.

L'idée qui guide c'est de retrouver dans la tumeur, en totalité ou en partie, un élément qui se rapproche plus ou moins de la normale et qui puisse servir de point de repère.

Nous n'insisterons pas sur les caractères normaux du Testicule et de l'Epididyme et sur leur situation respective, que tout le monde connaît.

Il n'est cependant pas inutile de revenir sur certains points particuliers.

On ne palpe pas toujours bien un cordon ; on ne reconnaît pas toujours aisément le canal déférent.

On explore le *cordon* en le pinçant entre pouce et index, puis on laisse échapper d'arrière en avant, les différents éléments qui le constituent :

Le plus fin, le plus dur, roulant sous le doigt : c'est *le canal déférent*.

Puis s'échappent les uns après les autres, plus ou moins dissociables, plus ou moins mollasses, les vaisseaux du cordon, parmi lesquels il n'est pas rare de sentir battre l'artère spermatique.

C'est en suivant le cordon et plus particulièrement le canal

Fig. 6

déférent, de haut en bas, qu'on localisera l'Epididyme. Cet organe repéré ou non, il faut aller à la recherche de sa tête.

Pouce en avant, médius en arrière, collés contre la tumeur, remontent progressivement jusqu'à l'origine apparente du cordon, et là, à son pôle supérieur, plutôt sur son versant postérieur, il est fréquent qu'ils se rejoignent en pinçant un cordon élastique sensible, plus ou moins homogène : *c'est la tête épididymaire*, dont le pincement, comme l'a montré M. *Chevassu*, a une importance capitale dans le Diagnostic de localisation.

Pareillement mais plus difficilement, lorsqu'on pince en masse les enveloppes scrotales, on peut sentir glisser immédiatement sous le doigt, pareille à une feuille de caoutchouc mouillée, qu'on peut à peine soulever, *la Vaginale normale* ; c'est là un signe plus aléatoire, plus trompeur et que, bien entendu, on ne retrouvera pas lorsque des adhérences soudent les feuillets de la séreuse ou qu'un épanchement les distend.

Dans ces cas, il est une épreuve qu'il faut toujours rechercher, mais que l'on recherche mal et rarement : c'est la *transparence*.

On se servait jadis du stéthoscope et d'un rat de cave ; on préfère aujourd'hui une lampe de poche : observateur et parties à examiner placés à l'abri de la lumière du jour.

Les sources lumineuses nous paraissent, l'une désuète, toutes deux trop intenses. Elles peuvent par leur diffusion donner une fausse transparence.

La lampe des cystoscopes leur est bien supérieure, parce que la lumière en est à la fois intense et limitée. Mais le cystoscope est un instrument fragile, coûteux, réservé au spécialiste. Aussi notre maître M. *Chevassu* a donc fait, construire, par la Maison Drapier, une lampe spéciale, remplissant les qualités de celle du cystoscope, sans en avoir les défauts. (fig. 6)

L'obscurité ne s'impose alors pas. Il suffit d'appliquer la lampe sur les quatre pôles de la tumeur et d'en noter les résultats. Les zones transparentes contrastent par leur rose éclatant avec les zones opaques, plus ou moins uniformément noires.

Du Testicule lui-même, les mains qui palpent, apprécient la taille, la forme, la consistance, la sensibilité.

Ce n'est pas tout. Les impressions ne sont rien si on ne les interprète pas. Depuis bien longtemps M. *Chevassu* conseille à ses élèves (qui ne s'en plaignent pas) de faire un *schéma.* « Le

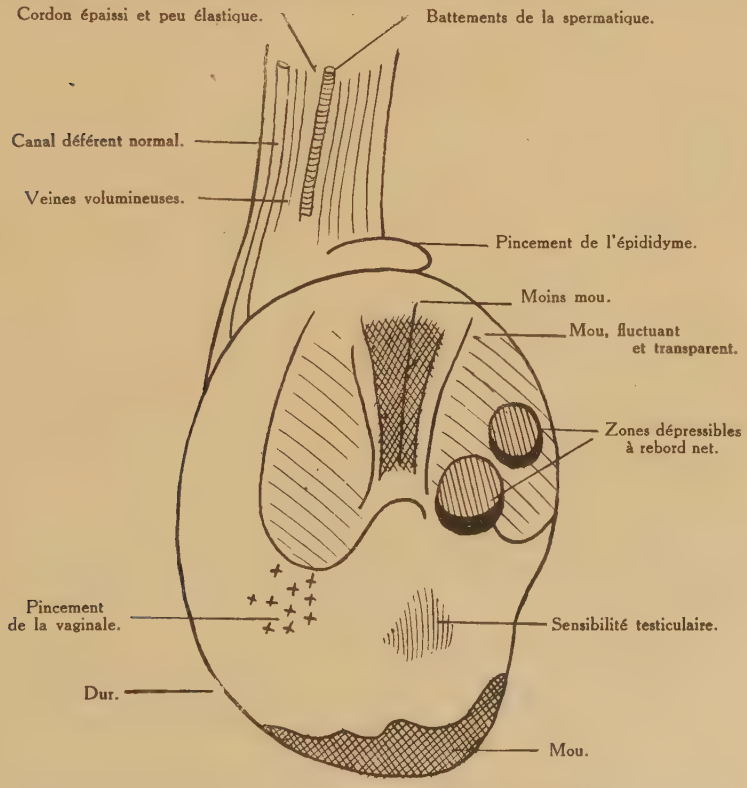


Fig. 7. — Graphique d'une syphilis du testicule après examen clinique. (Observation 87.

plus petit croquis, disait un capitaine illustre, m'en dit plus long que le plus long des discours. » C'est vrai !

Si, à mesure que la main palpe, l'on a soin de traduire par un trait son impression, il est fréquent de pouvoir déchiffrer aisément une tumeur testiculaire, à première vue incompréhensible.

Même si le Diagnostic n'en est pas posé, ce schéma bref servira à mieux suivre l'évolution ultérieure de la tumeur. Pour poser un Diagnostic de gros testicule, il suffit assez souvent d'un crayon et d'une feuille de papier !

Nous ne saurions trop conseiller cette méthode.

Quand on a examiné, ainsi, la tumeur testiculaire et que chemin faisant on a pu apprécier si elle est libre dans la cavité scrotale ou si elle adhérait à elle, si la peau était normale ou infiltrée, il convient de toucher *la prostate et les vésicules séminales.*

Dans un bon nombre de cas, le Diagnostic sera déjà soupçonné. Il n'en faudra pas moins explorer tout l'appareil urinaire : *méat, urèthre, urines, par l'épreuve des trois verres.*

Enfin, il est une règle capitale qu'il ne faut point omettre : *l'examen complet du sujet*, la recherche des stigmates cutanés, mais, surtout, celle de la leucoplasie buccale et des réflexes.

Nous verrons que, malgré tout, le Diagnostic ne sera souvent posé que grâce au *Laboratoire*, voire au traitement.

C'est qu'en effet, à lire les livres didactiques, on imaginerait volontiers que le Diagnostic de Syphilis du Testicule ne souffre pas de difficultés.

On y apprend qu'avant l'ulcération, il peut être posé « avec la Tuberculose, les Tumeurs malignes et l'Hématocèle » :

Que pour la *Tuberculose* c'est facile ; elle débute par l'Epididyme, est plus douloureuse et affecte ordinairement le reste des voies génitales.

Que les tumeurs malignes s'en distinguent encore plus facilement *par l'évolution*, par l'atteinte de l'état général, par l'âge du malade.

Que seul pour l'Hématocèle, le Diagnostic est difficile et seulement dans le cas où le testicule y inclus, ne peut être palpé.

Qu'en cas de doute, la Réaction de Bordet-Wassermann établira le Diagnostic.

Eh bien ! Quand on a eu l'occasion d'observer de nombreuses *Orchi-Epididymites syphilitiques*, on n'hésite pas à déclarer que le Diagnostic ne se pose pas ainsi, ou qu'il ne se pose ainsi que dans un nombre limité de cas..

Et, en particulier, disons dès maintenant, que la *Réaction de Bordet-Wassermann* dans le sang n'a jamais été un signe pathognomonique de la Syphilis du Testicule, pas plus que de la Syphilis en général.

Il suffit, en effet, de se rappeler qu'au cours des accidents *tertiaires*, (voire secondo-tertiaires,) dont fait précisément partie l'Orchi-Epididymite, le pourcentage de positivité décroît pour tomber, d'après nos statistiques personnelles, à 60 % (tout au moins dans les formes fermées, car il est nettement supérieur dans les formes fistulisées).

Il y a plus. Dans certains cas, exceptionnels il est vrai, où elle est positive, surtout faiblement positive, la Réaction de Bordet-Wassermann qui prouve que le malade est un Syphilitique,

ne prouve pas obligatoirement qu'il est atteint d'une Syphilis testiculaire (deux observations personnelles).

Le Laboratoire ne prononce donc pas un arrêt sans appel.

En réalité, dans le Diagnostic de la Syphilis du Testicule, on peut distinguer deux sortes de cas :

1° Des **cas faciles** ;

2° Des **cas difficiles** (ces derniers étant, à notre avis, plus fréquents que les premiers).

On pourrait même en distinguer une troisième ; elle n'est pas exceptionnelle :

Les cas de Diagnostic impossible.

I. — CAS FACILES

Ce sont la **plupart des Orchi-Epididymites syphilitiques typiques** réalisées :

tantôt par un testicule amplifié présentant une ou plusieurs plaques de blindage, un ou plusieurs grains de plomb ; bref, l'*Albuginite*.

tantôt par un testicule bosselé, bourré de noisettes, ou par une gomme plus ou moins ramollie qu'on palpe facilement (c'est la *gomme du testicule*).

Dans les deux cas :

— C'est une tumeur *irrégulière* ;
— Le testicule est très exceptionnellement « en galet placé de champ dans la vaginale » ;
— Il y a alternance de zones sensibles et de zones anesthésiées ;
— La vaginale, plus ou moins régulière, se pince partout, par places ou nulle part ;
— L'Epididyme présente, le plus souvent, quelque irrégularité dure ou ramollie.

Dans ces cas nous considérons le Diagnostic comme facile :
Les différents éléments de l'appareil testiculo-épididymaire y sont facilement reconnaissables et limitables.

— Cela élimine, ipso facto, *toutes les affections de la vaginale* ;
— Le Syphilôme y est essentiellement *testiculaire* ; cela élimine facilement les affections strictement ou essentiellement *épididymaires* ;

— On ne peut donc le confondre qu'avec une affection *testiculaire* proprement dite.

A) *La Tuberculose* ? Nous n'en parlons pas. Elle atteint rarement le testicule et quand elle l'atteint, il y a bien longtemps que l'Epididyme est grossi.

B) *Le Cancer* ? Le Diagnostic pourrait se poser en cas de gomme isolée. Mais il est plus théorique que réel. Pour deux raisons :

1° Il est exceptionnel, malheureusement, de voir le malade à l'époque où le Cancer est représenté, en tout et pour tout, par un simple noyau dur intratesticulaire.

2° La gomme existe rarement isolée ; il est bien rare, comme nous l'avons vu, qu'il n'y ait autour d'elle des réactions de voisinage, qui la signent.

C) *La Lèpre* ? C'est évidemment un Diagnostic de grande exception. Nous ne l'indiquons que pour être complet. Il ne peut se poser que *dans certains milieux*, dans *certaines conditions*.

L'Orchi-Epididymite Hansénienne rappelle, par sa bilatéralité, ses plaques de blindage, ses grains de plomb, l'Orchi-Epididymite syphilitique, mais comme cette localisation n'est jamais isolée, qu'elle coïncide avec d'autres signes tégumentaires ou névritiques autrement plus frappantes, le Diagnostic ne peut hésiter.

II. — CAS DIFFICILES

— Ce sont les **Orchi-Epididymites du type moyen, mais anormal.** (par suite d'une hydrocèle localisée ou d'une périviscérite intense) ;

— Ce sont ce que nous avons appelé les **formes liquidiennes** (par suite d'un épanchement abondant).

— Ce sont, enfin, **les formes hypertrophiques ou pseudo-néoplasiques.**

Nous réunissons ces différentes formes parce que toutes ont un trait commun :

L'appareil testiculo-épididymaire sous-jacent, n'est plus reconnaissable ou l'est dificilement.

Le Diagnostic de ces formes peut être souvent trés *difficile*, quelquefois *impossible*.

Pratiquement elles peuvent se présenter en clinique sous trois types :

A) *Tumeur fluctuante* (ou *rénitente*, voire *solide* si elle est très tendue) *mais transparente* ; réalisée par la *forme liquidienne* ;

B) *Tumeur solide non transparente* réalisée par la *forme hypertrophique* ;

C) Tumeur présentant un mélange de *zones dures, fluctuantes, opaques et transparentes*, réalisées par les *formes moyennes anormales* ou par les *formes hypertrophiques*.

Pour la diagnostiquer, il faut avant tout *y penser*.

A) Forme liquidienne :

C'est une tumeur fluctuante, rénitente ou solide, mais transparente.

Grâce à sa transparence on élimine toutes les autres *tumeurs scrotales extragénitales.*

Grâce à la forme de la tumeur en poire « et non en brioche », grâce, surtout, à l'absence du testicule à la partie inférieure, on élimine : le *très gros kyste de l'Epididyme.*

C'est donc *une hydrocèle.* Est-ce une forme liquidienne de l'Orchi-Epididymite syphilitique ?

Il faut la différencier des autres hydrocèles :

1° Symptômatiques ;

2° Essentielles.

1° Hydrocèles symptomatiques.

a) *Avec lésions des organes sous-jacents* :

Pour le Cancer : le Diagnostic est facile. Il donne exceptionnellement une hydrocèle abondante ;

Pour la Tuberculose : il l'est moins, mais le toucher rectal et quelquefois l'examen des urines le permettent.

b) *Sans lésions des organes sous-jacents* : c'est là un chapitre d'attente.

Godart à la suite de *Tuffier*, de *Jousset*, etc., a signalé l'existence d'hydrocèles Tuberculeuses sans aucune lésion macroscopique du Testicule ou de l'Epididyme et dont

la nature a été mise en évidence par l'inoculation au cobaye ou la recherche directe du Bacille de Koch.

Peut-on en inférer qu'il existe pareillement des *Hydrocèles syphilitiques* sans lésion testiculaire et épididymaire et qui seraient dues à une périviscérite, comme l'ont écrit *Milian* et *Peyrot* ?

Bien que la Syphilis expérimentale puisse réaliser certaines pachyvaginalites syphilitiques isolées, il nous semble actuellement difficile de l'admettre dans la Syphilis humaine.

En tous cas, il s'agit là d'exceptions, dont le Diagnostic clinique est, bien entendu, impossible.

2° Hydrocèles essentielles.

Nous croyons qu'on pose trop facilement le Diagnostic d'hydrocèle simple ou essentielle. Son diagnostic en est difficile. On ne peut y arriver qu'en désespoir de cause, et par élimination.

Il convient de se rappeler.

1° Que le nombre des *hydrocèles essentielles* diminue tous les jours surtout depuis qu'on soigne mieux la Syphilis.

2° Que l'hydrocèle symptomatique de Syphilis peut être très abondante.

On ne devrait, donc, considérer comme essentielle qu'*une hydrocèle « qui n' a pas fait ses preuves »*.

Quelles preuves et comment les chercher ?

a) Par *l'examen complet du sujet.*

Nous avons vu que si le malade est un Syphilitique, il y a des chances pour que l'hydrocèle soit symptomatique et de même origine.

b) *Par le toucher rectal et par l'examen des urines.*

c) Par l'*examen de l'appareil testiculo-épididymaire sous-jacent* ; examen fait :

— Par *la palpation* — peu sûre — ; on ne sent pas toujours à la partie postérieure de la tumeur, un segment du testicule ; et quand on le sent, si ce segment est sain, rien ne prouve que la glande ne soit pas malade ailleurs.

— Par *la transparence*, moyen beaucoup plus sûr. Nous savons maintenant que, recherchée avec méthode, elle est très utile ; elle découvre une déformation grossière, mais peut laisser inaperçue une lésion plus discrète.

— Par *la ponction*, moyen simple, peu employé, mais beaucoup plus sûr. Nous avons vu qu'elle facilite l'explo-

ration des organes sous-jacents et *transforme ainsi un cas difficile en un cas facile.*

Elle permet également l'examen du liquide : examen surtout *Biologique.*

C'est ainsi qu'en pratique on risque le moins de prendre pour une hydrocèle essentielle, c'est-à-dire chirurgicale, une forme liquidienne du testicule syphilitique.

B) Forme hypertrophique ou pseudo-néoplasique

Réalise le type de la tumeur solide non transparente.
On peut la confondre par *ordre de fréquence* :

1° Avec une affection du testicule : le *Néoplasme* souvent (fig. 8) ;

2° Avec une affection de la vaginale : l'*Hématocèle* ou la *Pachyvaginalite* (fig. 9).

1° Affection du testicule.

a) **Néoplasme.**

Il est bien entendu que le Diagnostic ne se pose pas dans ces volumineuses tumeurs des bourses, fermes, à développement rapide, coexistant avec une infiltration du cordon, tandis qu'apparaît au-dessus de l'ombilic une tuméfaction des ganglions lombaires et que l'état général décline rapidement. Il s'agit ici de cas autrement plus difficiles.

De la confrontation de nombreuses observations de Syphilis et de Cancer du Testicule (Thèse de M. *Chevassu*, Thèse de *Mascarhénas*, personnelles), nous avons tiré l'impression *qu'il n'y avait pas de signe pathognomonique* permettant le Diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Signes cliniques.

La forme ? en est pareille. La consistance ? aussi irrégulière. L'indolence à la palpation ? Est commune aux deux affections. La vaginale ? Semble plus irrégulière dans la Syphilis que dans le Cancer. La funiculite ? Peut être plus fréquente dans la première. Les battements de la spermatique ? Inconstants : souvent absents dans le Néoplasme ; quelquefois présents dans la Syphilis. L'évolution ? Aussi lente dans les deux. L'âge ? Sans intérêt. L'unalatéralité ? Est évidemment en faveur du Néoplasme, mais la bilatéralité est loin d'être la règle dans la Syphilis.

Il existe, cependant, un signe qui nous a paru plus important : le *volume* de la *tumeur*. Incontestablement le Néoplasme est souvent plus volumineux que le Syphilôme ou plutôt au maximum

de son développement, celui-ci n'atteint jamais le volume que présente quelquefois celui-là ! Mais il s'agit là d'une nuance, car d'une part nous traitons ici des formes Hypertrophiques,

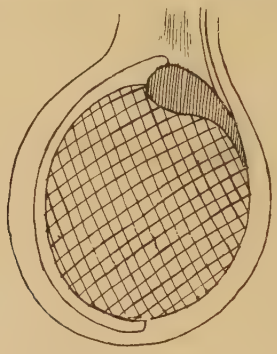


Fig. 8. — Schéma du gros Testicule (Néoplasme).

c'est-à-dire grosses ; d'autre part, il n'est pas rare (nous venons d'en observer deux cas) de rencontrer des Néoplasmes de petit volume.

Comment alors faire le Diagnostic ?

Par les antécédents?

Mais il y a des Syphilômes sans antécédents syphilitiques, et des Néoplasmes qui en ont !

Le terrain syphilitique, nous l'avons vu, est un terrain merveilleux pour l'éclosion du Cancer.

Nous en dirons autant de *la réaction de Bordet-Wassermann*. *Très positive*, elle est en faveur de la Syphilis ; *faiblement positive*, elle n'infirme pas le Néoplasme ; *négative*, elle ne signifie rien.

En définitive, au lit du malade, même après un examen complet, on ne peut avoir que *des présomptions*.

La certitude ne sera acquise souvent que par le

Traitement d'épreuve. — Il est non seulement autorisé, mais nécessaire.

Dans le doute, nous l'appliquons toujours. Il doit être *court* et *intensif*. Comme nous l'exposerons au chapitre « Traitement », nous avons l'habitude d'employer, en les alternant, plusieurs médicaments, de façon à faire bénéficier le malade, dans le temps le plus court, de toutes les ressources thérapeutiques antispécifiques.

Si au bout de *quinze jours* (c'est une moyenne) la tumeur n'a

pas diminué d'une façon *notable*, si le « coup de théâtre thérapeutique » ne s'est pas produit, le traitement d'épreuve doit être abandonné.

L'exploration sanglante s'impose alors.

On peut faire, au traitement d'épreuve, trois objections :

a) Il donnerait un *coup de fouet* au Cancer.

Les partisans du coup de fouet diminuent tous les jours. A supposer qu'il existe, il est classique de dire qu'il est favorisé par l'iodure de potassium. Rien de plus simple, l'arsenal thérapeutique moderne permettant d'éviter ce médicament. Cependant, nous, qui l'avons employé, nous n'avons jamais constaté d'aggravation du Néoplasme. Et en lisant la thèse de *Mascarhénas*, nous avons relevé 21 observations de Néoplasme. Dans 9 on avait essayé — sans succès — le traitement d'épreuve. Les malades furent opérés. Ils survécurent deux ans au moins en moyenne. Il nous a paru même que ce sont ceux qui ont eu la plus longue survie ! Ce paradoxe n'est, bien entendu, qu'une simple remarque.

b) On peut objecter également que, quel que soit le traitement d'épreuve, la tumeur syphilitique ou cancéreuse diminue souvent au début. C'est vrai, surtout dans les cas de Cancers sur syphilitiques. Aussi avons-nous insisté sur la diminution *notable* et *persistante* de la tumeur.

c) Dernière objection, — c'est la plus *sérieuse* :

Quel que soit le traitement d'épreuve employé, il y a des Syphilis testiculaires qui, pour des motifs que nous essayerons d'expliquer, lui cèdent mal, irrégulièrement ou lentement ou pas du tout.

C'est incontestable.

Mais cet argument ne contre-indique nullement le *traitement d'épreuve.*

Il prouve simplement son impuissance quelquefois. Il montre que dans ces cas, aussi, l'exploration sanglante devient nécessaire.

Exploration sanglante.

Par conséquent :

Soit d'emblée, si l'examen autorise à avoir immédiatement de fortes présomptions en faveur du Cancer ;

Soit secondairement, si le traitement n'agit pas ou agit mal ;

L'exploration sanglante s'impose. Rien de plus facile et de plus inoffensif, sous *anesthésie locale* : par une incision haute inguino-scrotale, on extériorise le testicule.

— S'agit-il d'un Néoplasme évident ? Castration immédiate.

— On a un doute : le testicule isolé sur un lit de compresses, un fil sous le cordon prêt à être lié, on incise légèrement l'albu-

ginée dans la zone soupçonnée malade et on enlève ou non la glande selon ce que l'on trouve : Cancer ou Syphilis (dans ce cas, après prélèvement pour Biopsie, suture de la zone incisée et fermeture totale).

A cette façon de procéder, deux reproches peuvent être faits :

1° On a dit que l'orchidotomie provoquait l'ulcération secondaire voire le fongus du Testicule syphilitique. Il n'en est rien. Des chirurgiens anglais ont même préconisé l'incision et le curettage des gommes avant le traitement médical. Sans aller si loin nous pouvons affirmer que nous possédons cinq observations d'*orchidotomie* exploratrice, réunies toutes *per primam*.

2° Le deuxième reproche est beaucoup plus sérieux. Il n'est pas toujours facile, même pièces en mains, même quand on a une grande habitude de faire un Diagnostic macroscopique certain.

Déjà, en 1878, *Verneuil* avait signalé la difficulté, et nombre d'observations ont été publiées depuis, la démontrant (*Jeanne, Marion*). Nous-même avons quelquefois assisté à pareille hésitation, et nous en avons conclu que, si au cours d'orchidotomie, notre maître M. *Chevassu* ne peut se prononcer entre Syphilis et Cancer, c'est que la difficulté est alors insurmontable. Rien ne ressemble à une gomme syphilitique comme un noyau de dégénérescence cancéreuse.

Et dans ces conditions, va-t-on, après l'orchidotomie exploratrice (donc dissémination) laisser en place jusqu'au résultat de la Biopsie, un testicule qui peut être cancéreux ?

Mais si l'on a pris la précaution (sur laquelle nous avons tant insisté) de soumettre auparavant le malade à un traitement d'épreuve *intensif* et *complet* ; si ce traitement est resté sans succès, la *castration* s'imposera dans tous les cas : Néoplasme ou Syphilis. Dans les deux cas, on n'aura qu'à se féliciter. Dans le premier, c'est l'évidence ; dans le second, on ne voit pas bien l'intérêt de conserver un testicule sur lequel le traitement anti-syphilitique n'a pas de prise, une glande *nulle*, qui ne peut être qu'une gêne et une complication.

Dans une clinique faite à l'occasion d'un cas de fongus profond du Testicule, M. le professeur *Delbet* disait qu'il n'y a pas de signe pathognomonique de la Syphilis ou du Cancer, que le traitement pierre de touche de huit jours était insuffisant, de quelques mois, trop long ; que l'orchidotomie était cause d'erreur, et que dans ces cas, la castration s'impose de toute façon, puisque fonctionnellement le testicule est perdu. Elle doit ou non être suivie ultérieurement d'une exérèse des ganglions aortico-caves, selon le résultat de l'examen histologique.

Par des chemins différents, nous arrivons à la même conclusion

mais pour nous le *traitement d'épreuve, suivant les conditions prescrites, garde toute sa valeur et s'impose dans le doute.*

Ainsi par l'association des renseignements cliniques et biologiques, du traitement d'épreuve et de l'orchidotomie exploratrice, on tranchera peu à peu les difficultés du Diagnostic, ou tout au moins, l'on se trompera le moins possible.

b) **Tuberculose.**

Dans des cas tout à fait exceptionnels (que nous citons pour mémoire) il faudra penser à une forme hypertrophique de la *Tuberculose testiculo-épididymaire* qui peut réaliser un testicule massif, dont le Diagnostic est impossible, en l'absence d'autres lésions génito-urinaires. L'observation 94 en est un exemple.

2° AFFECTION DE LA VAGINALE

a) **L'Hématocèle** est, elle aussi, très difficile à différencier d'un gros testicule syphilitique ?

Sans doute a-t-elle pour elle, quand elle est récente, sa surface lisse, dure, peu élastique. Sans doute présente-t-elle quelquefois à sa partie postérieure une zone de sensibilité spéciale, qui répond au testicule refoulé, tandis que fréquemment sur sa surface antérieure le scrotum manque d'élasticité.

Sans doute le mode de formation de la tumeur : très lent, suite de vaginalite chronique, ou très brusque, suite de torsion testiculaire, signe d'une hématocèle. Mais l'on sait qu'il y a des Syphilômes Hypertrophiques lisses et des Hématocèles se faisant dans une vaginale irrégulière, que des zones de sensibilité se retrouvent dans la Syphilis, qu'elles peuvent complètement manquer dans une Hématocèle avec atrophie de la glande. Le manque d'élasticité du scrotum en avant, se rencontre assez fréquemment dans la Syphilis, et il existe dans cette affection des formes à évolution très lente ou des formes à poussées aiguës.

Il n'y a donc pas de signes physiques permettant de différencier Syphilis et Hématocèle.

Il y a, par contre, des signes de localisation. Nous voulons parler :

1° *Du pincement de la vaginale et*
2° *du pincement de l'Epididyme.*

En principe, la vaginale ne peut être pincée dans une Hématocèle, elle devrait l'être dans un gros testicule.

En pratique : 1° le pincement peut donner de fausses sensations ; 2° étant donnée la fréquence de la vaginalite au cours de

la Syphilis et la possibilité de vaginalite adhésive totale, le pincement perd de sa valeur.

Le pincement de l'Epididyme est un moyen beaucoup plus précieux. Il suffit de regarder les schémas pour comprendre que la

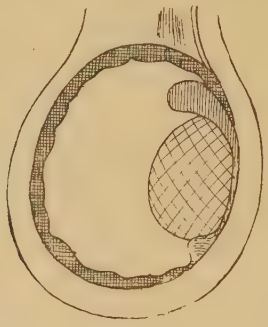


Fig. 9. — Schéma de coque vaginale.

tête épididymaire est cachée par une coque vaginale tandis qu'elle persiste au-dessus d'un gros testicule. Quand on sait rechercher ce signe, il nous paraît excellent.

Malheureusement il peut être en défaut :

1° Il peut y avoir de fausses impressions : prendre pour une tête épididymaire ce qui n'est pas ;

2° Les trajets de la vaginale sont quelquefois capricieux (*Sebileau*) ;

3° La tête épididymaire peut être effacée par des adhérences, par une grosse funiculite ou un noyau funiculaire syphilitique, ou par une lame d'hydrocèle très tendue.

Deux exemples parmi plusieurs :

A) *Dans le premier*, il s'agissait d'une Hématocèle découverte à l'intervention pour un soi-disant Néoplasme chez un Syphilitique traité. Et, cependant, on avait senti, collé au pôle supérieur du Testicule, un cordon ressemblant à une tête épididymaire.

B) *Dans le deuxième*, le malade présentait une tumeur piriforme, dont toute l'extrémité supérieure était masquée par une poche d'Hydrocèle localisée très tendue. On intervint avec le Diagnostic de Néoplasme ou de vaginalite... et on trouva plusieurs gommes testiculaires typiques (*Observations* 87).

Que conclure ?

Que quelquefois le Diagnostic est impossible, d'autant plus que l'Hématocèle peut accompagner un testicule syphilitique.

Alors ?

Il reste les quelques nuances que nous avons schématisées ; il reste l'examen complet du sujet ; il reste la question de *fréquence* :

l'Hématocèle est rare, la Syphilis testiculaire beaucoup plus fréquente ; il reste surtout comme pour le Néoplasme *le traitrement d'épreuve.*

A côté de l'Hématocèle, il convient de placer la :

a) **Pachyvaginalite chronique** d'un Diagnostic également très difficile et que l'on confond souvent à tort, avec l'Hématocèle pure et simple. Or, l'Hématocèle est une complication de la Pachyvaginalite ou une de ses formes cliniques, la Pachyvaginalite, étant, à l'origine, séreuse, séro-hématique ou même sèche.

Mais cette Pachyvaginalite, dont la nature est encore mal connue, formant le plus souvent une coque irrégulière (le feuillet pariétal de la séreuse étant davangage pris que le feuillet viscéral) on la confond davantage avec les cas où la Syphilis réalise non pas une tumeur solide, non transparente, comme dans le chapitre précédent, mais une tumeur d'irrégulière consistance comme dans le chapitre qui suit.

c) F. moyennes et typiques ou certaines formes hypertrophiques.

C'est une *tumeur présentant un mélange de zones dures, fluctuantes, opaques et transparentes* :

Dans ces cas, le testicule syphilitique, soit dans sa *forme hypertrophique,* soit dans sa *forme moyenne, mais anormale,* doit être différencié de plusieurs affections :

1° *Affections de la Vaginale* .. { La *Pachyvaginalite* ou la simple *Vaginalite chronique.*

2° *Gros Epididyme* ..... { Le plus souvent : *Tuberculeux.* Rarement gonococcique chronique. Exceptionnellement urinaire ou infectieux chronique.

3° *Gros Testicule* ..... { *Le Néoplasme,* dans les cas peu fréquents où il présente des zones ramollies, des poches kystiques et une réaction vaginale. Nous avons suffisamment insisté dans le chapitre précédent sur le Diagnostic du Néoplasme pour nous permettre de le citer, sans le rappeler.

Nous allons considérer ces différentes éventualités :

1° AFFECTION DE LA VAGINALE

On peut confondre le syphilôme avec une affection de la vaginale, lorsque les zones *dures* et *opaques, fluctuantes* et *transparentes*, sont disséminées en *des points divers de la tumeur intra-scrotale.*

Nous l'avons dit : le Diagnostic se pose alors avec une **Pachy-vaginalite chronique.**

Ce sont ces cas, dit M. *Chevassu*, qui exercent au maximum la sagacité du clinicien ; c'est à leur occasion qu'il faut s'aider, plus que jamais, de tous les symptômes adjacents capables d'orienter le Diagnostic. En effet, l'intrication de zones dures et fluctuantes implique l'existence d'une vaginalite, ici avec épanchement, là avec adhérences.

Cette vaginalite est-elle primitive ou isolée, ou est-elle secondaire à une lésion testiculo-épididymaire, qu'elle dissimule ?

C'est toute la question.

Rappelons-nous le Diagnostic avec l'Hématocèle, par conséquent, l'importance des signes de *localisation.*

On pince l'Epididyme : il s'agit d'un gros testicule avec pachy-vaginalite, donc de Syphilis. Elle est presque certaine si l'on a la chance parmi les zones dures de découvrir quelques grains de plomb, une plaque de blindage, ou si parmi les zones fluctuantes, on trouve des points de trépanation à rebords réguliers.

Par contre, c'est à la Pachyvaginalite chronique isolée que l'on a affaire, lorsqu'on a la bonne fortune, comme nous l'avons eue assez souvent, de retrouver ce que l'on pourrait appeler : « *l'accrochement de la vaginale.* »

Il s'agit de ces cas (la plupart) où la coque vaginale pas trop épaisse est isolée du testicule par une minime lame de liquide. Alors, en certains points de consistance plus faibles, le doigt peut, pour ainsi dire, s'enfoncer et accrocher la vaginale épaissie. Il a en même temps (plus rarement) l'impression de sentir et de mobiliser le testicule sous-jacent.

Et dans ces cas (comme il nous est arrivé deux fois) une ponction oblique ; d'ailleurs difficile — l'aiguille ayant du mal à pénétrer — en soustrayant du liquide vaginal en permet l'examen tout en facilitant l'exploration testiculo-épididymaire.

Nous donnons ce signe pour ce qu'il vaut, car il est des cas de vaginalite chronique avec épanchement et adhérences d'un Diagnostic clinique impossible.

La réaction de Wassermann.

Le traitement d'épreuve,

et surtout l'*intervention*, qui est assez souvent l'aboutissant fatal (et *l'examen microscopique ultérieur* de la pièce) permettent seuls, alors, de trancher la difficulté.

Il en fut ainsi dans le cas suivant :

Observation 38. — Vaginalite chronique avec épanchement et adhérences (Cochin).

C..., 23 ans ; entre à l'hôpital pour *tumeur intrascrotale* ayant débuté depuis très longtemps et évolué progressivement sans douleur.

Antécédents personnels. — Réformé en 1919 pour frottements pleuraux ; ni Syphilis, ni Blennorragie.

L'examen intra-scrotal révèle :

A droite : Une double tuméfaction, la supérieure molle et transparente, légèrement mobile sur l'inférieure qui ne s'éclaire qu'en bas et en dehors.

En avant de la tuméfaction inférieure, une masse dure de consistance irrégulière, ovoïde, indolore, qui paraît être le testicule quelque peu augmenté de volume.

A gauche : Le testicule est normal.

Urines claires, canal perméable, prostate normale ainsi que tous les autres appareils ; Wassermann : négatif ; Urée : 0,41.

A l'intervention : incision de la poche inférieure, d'où il s'écoule un liquide citrin. La vaginale est notablement plus épaisse sans l'être beaucoup.

On n'arrive pas à extérioriser le testicule par l'incision initiale. Une double incision montre une *forte vaginalite adhésive* ; dans les deux culs-de-sac et sur le *testicule deux zones* : une rouge et une blanche. Celle-ci a l'aspect de plaque de *blindage*, un peu irrégulière dans on épaisseur ; on la pèle au bistouri en enlevant des lames d'aspect presque cartilagineux. Sous elle, une ponction de l'albuginée fait saillir une petite hernie du testicule d'aspect normal, recueilli au bistouri.

Deux points de suture sur l'albuginée, retournement partiel de la vaginale, fermeture totale.

Douze jours après, le malade quitte l'hôpital, guéri.

L'*examen histologique* confirme le Diagnostic de Vaginalite chronique simple *qui a pu faire penser, avant et pendant l'intervention, à une Syphilis du Testicule.*

2° GROS EPIDIDYME (fig. 10).

L'Orchi-Epididymite syphilitique peut simuler un gros Epididyme lorsque la vaginale, symphysée à la périphérie et libre au centre, *réalise comme lui une tumeur présentant une zone fluctuante et transparente sur son versant antérieur seulement*. Le Diagnostic est d'autant plus difficile que la Syphilis peut atteindre elle aussi, et quelquefois isolément, l'Epididyme.

Il se pose alors surtout avec

a) **La Tuberculose** avancée : il s'agit de formes où l'Epididyme monstrueusement augmenté de volume, déborde de tous côtés, sauf à peine en avant le testicule, lui constituant, pour ainsi dire, un nid, dans lequel il est enchâssé. Les sillons testiculo-épididymaires sont le plus souvent effacés, et l'on sent une masse uniformément dure, parfois irrégulière, limitant nettement en avant une

poche d'hydrocèle. L'épaississement et l'adhérence du scrotum sur le versant antérieur de la tumeur constituent une difficulté supplémentaire. Cet énorme épididyme irrégulier simule tout à fait un testicule bosselé.

La poche d'hydrocèle rappelle, si elle est tendue, le parenchyme testiculaire normal ; si elle est fluctuante, une zone ramollie. La transparence, voire la ponction, sont souvent nécessaires.

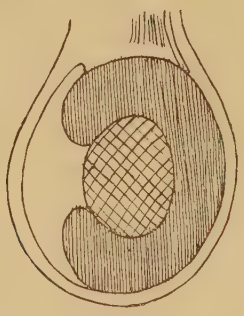


Fig. 10. Schéma de gros Epididyme.

Evidemment, il est peu fréquent, que le toucher rectal, systématiquement fait, ne découvre un noyau prostatique ou une vésicule injectée, chez un sujet qui a pu avoir un passé bacillaire.

Mais il peut arriver que le toucher rectal ne donne aucun renseignement précis ; que les lésions prostato-vésiculaires soient d'origine syphilitique (*Fraser* affirme que le cas n'est pas rare); que le malade, enfin, ait des antécédents spécifiques certains.

Observation 39.

Nous nous rappelons le cas d'un Algérien qui avait consulté à Lyon et à Paris, chez lequel on avait porté le Diagnostic de Syphilis du Testicule. Il avait cependant refusé le traitement. Lorsque nous le vîmes, il présentait une grosse tumeur intra-scrotale droite irrégulière avec en avant, une zone fluctuante prête à s'ouvrir. *Rien de précis à la Prostate.* Antécédents syphilitiques nets.

Le Diagnostic de Syphilis s'imposait donc.

Nous fîmes entrer le malade à l'hôpital et commençâmes le traitement. Or, malgré celui-ci, la gomme antérieure se fistulisa : dans le pus on ne trouva pas de Bacilles de Koch. Le traitement fut donc continué.

Quinze jours après, l'état était stationnaire ; un nouveau toucher rectal nous révéla une vésicule incontestablement tuberculeuse.

Le malade fut épididymectomisé : il s'agissait d'un Epididyme tuberculeux monstre fistulisé à la tête.

Le Diagnostic est d'autant plus difficile qu'il existe, comme nous le savons :

D) Des **Orchi-Epididymites syphilitiques à prédominance épididymaires** *(relativement fréquentes) ;*

E) Des **Epididymites syphiliques tertiaires isolées** *(plus rares)*.

Dans le premier cas l'Epididyme est surtout pris, mais le testicule présente toujours, en général (à condition de pouvoir le palper), une ou plusieurs irrégularités, plaques ou grains incrustés, qui font penser à la Syphilis.

C'est elle, alors, qu'il conviendra de dépister par les moyens que nous connaissons.

Le deuxième cas est beaucoup plus difficile et heureusement plus rare. C'est un gros Epididyme irrégulier, et l'on pense fatalement à la **Tuberculose**. On risque, donc, d'épididymectomiser ou de castrer inutilement le malade.

On a proposé pour le Diagnostic, les moyens les plus variés : la réaction à la Tuberculine (*Ware*) ; la recherche de l'acidité urinaire, toujours diminuée dans la Syphilis (*Delcroix*, de *Coster*). En réalité, il nous a paru que la clinique conserve ses droits.

D'après les observations que nous possédons, d'après celles qui ont été publiées, il nous a semblé que la Syphilis tertiaire, lorsqu'elle se localise à l'Epididyme, forme des irrégularités, bosselures, plaques de blindage, noyaux ayant souvent leur maximum à la tête.

L'Epididyme tuberculeux, au contraire, constitue une infiltration plus diffuse, plus régulière, un énorme cimier de casque, avec un maximum à la queue.

Le *toucher rectal* montre, dans la règle : peu de chose dans la Syphilis ; souvent grosses lésions dans la Tuberculose. Le déférent intact coïncide avec une assez grosse funiculite dans la première ; dans la seconde, au contraire, il est assez souvent gros contrastant avec un cordon normal.

La Diagnostic serait donc assez simple — si la règle ne souffrait pas d'exceptions — s'il n'y avait pas d'association pathologique Syphilis et Tuberculose ; s'il n'existait pas, enfin, des cas d'inversion testiculaire troublants.

Aussi *en pratique*, quant au cours d'une Epididymite chronique on trouve une signe anormal, une intégrité de la prostate et des vésicules ou leur atteinte minime, ou une lésion testiculaire ; quand on a la notion de la spécificité certaine du malade, il est du devoir du clinicien de penser à la Syphilis, de la rechercher par la réaction de *Bordet-Wassermann* et *même par le traitement d'épreuve*.

Il montrera une rétrocession relativement rapide en cas de Syphilis ; nulle en cas de Tuberculose ; partielle en cas d'association.

L'Epididymite urinaire, gonococcique chronique ou infectieuse en général (à colibacilles ou à staphylocoques), réalisent, elles aussi, quoique très rarement, une tumeur dure, irrégulière avec une petite zone fluctuance antérieure.

Elles peuvent être confondues alors avec une Syphilis anormale, surtout lorsqu'elle prédomine à l'Epididyme ou qu'elle l'atteint isolément. Mais ces Epididymites sont moins chroniques que subaiguës ; et à ce titre, nous les retrouverons. Elles ont pour elles leurs antécédents, et elles supposent, comme toujours, un examen complet du système uro-génital et des urines, qui permettra de les reconnaître.

Nous avons ainsi étudié, jusqu'alors, le Diagnostic de l'*Orchi-Epididymite syphilitique chronique non ulcérée*, dans ses différentes formes ou localisations. Nous avons vu que dans certains cas le Diagnostic s'impose (*cas faciles*) ;, que d'autres fois, c'est un Diagnostic d'*étapes* (*cas difficiles*) où il faut mettre en œuvre le *traitement d'épreuve*, voire l'exploration sanglante. Et malgré tout, comme nous l'avons dit dès le début, il reste des testicules syphilitiques impossibles à diagnostiquer. On en trouvera plus loin quelques observations. Des maîtres se sont trompés, et se tromperont encore !

III. — CAS IMPOSSIBLES

Il est des cas dans lesquels l'*Exploration sanglante* est incapable de décider le Diagnostic.

Bien plus, il est des cas où même, pièces en mains, *le testicule coupé après castration*, le Diagnostic reste incertain.

Il est, enfin, des cas où même, après l'examen histologique, on hésite encore.

Et c'est alors en l'absence de lésions tuberculeuses, de lésions néoplasiques, en confrontant la coupe microscopique avec la pièce macroscopique (quelquefois plus instructive), en se reportant à nouveau aux signes cliniques, à l'évolution, aux antécédents du malade, qu'on arrivera par élimination à se prononcer en faveur de la Syphilis.

Maintenant que l'on connaît l'existence de ces cas, qu'il était de notre devoir de signaler, on comprendra la valeur inaltérable du *traitement d'épreuve, tel que nous le concevons.*

FORMES AIGUËS

A) Epididymite secondaire.

C'est en réalité une forme *subaiguë.*

Elle ne nous retiendra pas longtemps.

Nos recherches nous ont permis, en effet, de conclure que c'est une affection qui, loin d'amener le malade au médecin, lui est révélée par ce dernier au cours d'un examen systématique.

Le Diagnostic se restreint donc singulièrement.

La localisation de la Syphilis à la tête de l'organe, ses irrégularités, en général petites, jointes aux antécédents et aux examens complémentaires (toucher rectal, urines? élimineront *un noyau blennorragique ou* tuberculeux, confiné en général à la queue de l'Epididyme.

A notre avis, un seul Diagnostic est discutable parce que difficile :

Le Kyste de l'Epididyme.

Nous croyons que l'*Epididymite secondaire* est le plus souvent *unilatérale* ; le kyste assez souvent *bilatéral.* Il présente, en outre, une rénitence particulière qui contraste avec la dureté et la sensibilité des noyaux syphilitiques. Son volume est variable, mais lorsqu'il est gros, il est transparent ; les infiltrations syphilitiques sont toujours opaques.

Mais Kyste et Epididymite secondaire peuvent coexister, de sorte qu'en définitive le *traitement d'épreuve,* seul, reste juge. Pour notre part, nous n'avons tenu compte que des infiltrations nodulaires ou diffuses de l'Epididyme qui ont cédé au traitement.

Il nous souvient d'un malade, observé à Boucicaut, en pleine éruption secondaire, avec Syphilides papulo-croûteuses généralisées du corps, des membres, du scrotum, de la face et du cuir chevelu ; avec plaques muqueuses de la langue et des amygdales, et qui présentait deux têtes épididymaires irrégulières : la droite, grosse comme un gros index, collée contre le testicule était dure et très sensible. La gauche, moins infiltrée, était peu douloureuse. Toutes deux portaient, en leur milieu, un noyau de la taille d'une grosse noisette.

Eliminant la Tuberculose et la Blennorragie, nous avions conclu, avec M. *Pinard,* à une épididymite secondaire. Le Diagnostic, cependant, ne nous agréait pas complètement. La bilatéralité et la taille des lésions allaient à l'encontre de nos observations sur l'Epididyme secondaire.

Et de fait, quand six semaines après, le sujet étant blanchi, nous examinâmes à nouveau ses Epididymes, nous ne fûmes qu'à

moitié surpris de retrouver intacts les deux noyaux épididymaires, tandis que la tête épididymaire droite, incomparablement diminuée, était devenue souple, insensible et mobile. Le kyste épididymaire avait été, donc, ici, un point d'appel à une Epididymite secondaire *diffuse et lisse.*

B) Orchi-Epididymites syphilitiques tertiaires aiguës.

a) **Formes nettement aiguës, voire suraiguës.**

Dans ces formes, on ne pense pas à la Syphilis. En l'absence de lésions uréthrales, génitales ou infectieuses, on pense au Néoplasme. Il en fut ainsi dans les deux observations que nous avons exposées : celle de *Massabuau* et *la nôtre.* Comme ces formes ne semblent pas céder au traitement anti-syphilitique, il n'y a que demi-mal, puisque, de toutes façons, la *castration s'impose.*

b) **Formes subaiguës ou poussées aiguës des formes chroniques méconnues.**

C'est alors le tableau d'une Orchi-Epididymite aiguë ; et, dans ce cas, on ne *pense* pas assez à la Syphilis. Tous les Diagnostic pourraient alors se poser :

Sur les Orchi-Epididymites aiguës des infections générales (*ourlienne, rhumatismale, typhique*) nous serons brefs. Elles s'accompagnent dans la règle, d'un cortège de signes ou d'antécédents suffisants.

L'*Orchi-Epididymite paludéenne* dont l'existence est douteuse, n'est, au bout du compte, qu'une grande exception.

L'*Orchi-Epididymite de la Fièvre de Malte* peut, par contre (dans les régions où sévit cette affection), être d'un Diagnostic plus difficile. Mais, fait capital, elle survient au cours d'une fièvre prolongée dans le deuxième ou troisième mois de la maladie, dont elle est davantage un signe qu'une complication.

L'*Orchi-Epididymite tuberculeuse aiguë* ne se voit pour ainsi dire pas chez l'adulte.

En réalité, restent trois diagnostics courants à discuter :

L'*Orchi-Epididymite gonococcique* ;

L'*Orchi-Epididymite urinaire,*

Et *tout un groupe d'Orchi-Epididymites aiguës ou subaiguës mal connues.*

L'*Orchi-Epididymite gonococcique*, c'est la plus fréquente. Elle se rencontre à tout âge, et qui plus est, très longtemps après la poussée apparente de la maladie (*Augagneur*).

L'*Orchi-Epididymite urinaire* n'est pas rare. Elle est l'apa-

nage du *prostatique* ou du *rétréci*, bref du sujet à urines *troubles*, vidant mal sa vessie et qui se sonde.

Les *Orchi-Epididymites infectieuses aiguës ou subaiguës* constituent un groupe qui n'a pas été démembré complètement :

On en connaît d'origine uréthrale (infection à coli ou staphylo) ;

On en a citées d'origine traumatique (?), suite de kélotomie (*Mandl*).

En pratique, le Diagnostic de toutes ces *Orchi-Epididymites* se fait par *élimination*.

Sauf évidence, un examen complet est nécessaire :

Examen de la prostate et des vésicules, du canal, de l'écoulement uréthral, s'il existe, des urines, si elles ne sont pas claires, de l'état général, des antécédents.

S'il ne s'agit pas d'une Orchi-Epididymite gonococcique ou d'une Orchi-Epididymite urinaire, il faut penser à une poussée aiguë de Syphilis qu'il faut rechercher avant de conclure à une Orchi-Epididymite infectieuse de cause mal connue.

FORMES FISTULISÉES OU ULCÉRÉES

La simple palpation d'un testicule normal, libre dans son sac scrotal, élimine aisément la *Gomme syphilitique du Scrotum*. Le Diagnostic est, par contre, beaucoup plus difficile quand l'ulcération succède à une lésion profonde.

Il faut distinguer :

a) Les cas où l'on arrive à délimiter testicule et épididyme :

Ils sont *faciles*, et nous ramènent à ceux déjà étudiés au chapitre Orchi-Epididymite, Orchi-Epididymite anormale ou Epididymite isolée.

b) Les cas où les deux organes ne sont pas délimitables :

A l'hydrocèle, à la périviscérite s'ajoutent ici l'adhérence et l'épaississement des téguments qui rendent cette délimitation d'autant plus *difficile*.

On peut alors confondre le testicule syphilitique ulcéré avec :

Une Orchi-Epididymite urinaire,
Une Orchi-Epididymite tuberculeuse,
Une Orchi-Epididymite mycosique.

1° Orchi-Epididymite urinaire.

Nous en avons parlé déjà plusieurs fois pour ne plus avoir à y revenir. Les antécédents permettent le Diagnostic qui n'est compliqué que dans les cas d'association pathologique : Orchi-Epididymite urinaire et Syphilitique.

2° Orchi-Epididymite tuberculeuse.

On dit (et la topographie des organes intra-scrotaux explique cette règle classique) :

Fistule antérieure = Syphilis.
Fistule postérieure = Tuberculose.

C'est vrai souvent. Mais, comme toute règle, celle-ci souffre des exceptions.

Elles sont nombreuses.

En effet :

1° Dans les cas d'énormes Epididymes où la tête et la queue de l'organe, considérablement grossies, se rabattent sur la face antérieure du Testicule, le cimier de casque devient un *anneau* à peine interrompu autour de la glande. La fistulisation d'un noyau de la tête ou de la queue se fait, alors, bien sur la face antérieure, sans être, pour ce, syphilitiques.

2° Au contraire, dans les Epididymites syphilitiques, l'ulcération peut se faire à la face postérieure de la tumeur qui n'est pas, cependant, d'origine tuberculeuse.

3° Il existe, enfin, des cas d'*inversion testiculaire* et alors l'Epididyme occupe le plus souvent la face antérieure du testicule. Le siège de la fistule peut donc se trouver indifféremment en avant ou en arrière, et le seul Diagnostic topographique induire fatalement en erreur.

Si, cependant, on a eu, auparavant, le soin (comme nous l'avons recommandé) d'aller à la recherche de l'Epididyme, avec le canal déférent comme fil conducteur, cette erreur sera facilement évitable. Cet organe occupe, alors, la face antérieure du cordon et naît sur la face antérieure de la glande.

La question peut se compliquer et devenir insoluble, s'il s'agit de cas d'*inversion plus complexes* qui, heureusement, sont exceptionnels.

Le Diagnostic topographique étant insuffisant, l'aspect clinique des ulcérations ou des fistules peut-il permettre de résoudre la question ?

En principe, il est classique d'opposer les caractères des fistules tuberculeuses aux caractères des fistules syphilitiques.

En réalité, il s'agit le plus souvent de subtiles nuances. La recherche du bacille de Koch dans le pus, le toucher rectal et l'état du cordon nous paraissent, par contre, plus importants.

Une prostate et des vésicules intactes, un canal déférent normal, ne sont guère en faveur d'une Tuberculose. Ils doivent faire penser à la Syphilis qu'il faut rechercher. La réaction de *Bordet-Wassermann* nous a paru être moins indifférente que dans les Orchi-Epididymites non ulcérées. *Elle est plus souvent positive et sa valeur augmente d'autant.*

Il n'en demeure pas moins que le *traitement d'épreuve* reste, en dernière limite, le meilleur juge.

3° Orchi-Epididymite mycosique.

L'intégrité du déférent, de la prostate et des vésicules, l'*absence certaine de Syphilis* doivent faire penser à une autre affection rare et peu connue mais qui existe : *la mycose testiculo-épididymaire.*

Puisque nous avons l'occasion — grâce à l'amabilité du Dr *Thévenard* qui nous l'a communiquée et à la bienveillance de M. le *professeur Gougerot*, qui nous a donné tous les renseignements relatifs aux examens de laboratoire — de publier une magnifique observation de Mycose du testicule, profitons pour donner quelques aperçus cliniques sur cette affection. Comme l'ont montré MM. *Gougerot, de Beurmann* et *Vaucher*, parmi les sporotrichoses viscérales expérimentales, l'Orchi-Epididymite est la manifestation de beaucoup la plus fréquente, au point qu'elle est chez le rat une méthode de diagnostic de cette mycose.

Au contraire, dans la pathologie humaine, c'est une localisation d'une rareté notoire — rareté apparente, croyons-nous. Si dans les Orchi-Epididymites fistulisées réputées syphilitiques, mais ne cédant pas au traitement ; si, au cours des opérations sur l'Epididyme ou le testicule on ensemençait, comme le préconise M. *Gougerot*, le pus qui s'en écoule, le nombre de Mycoses du testicule augmenterait.

En pratique, on ne peut y penser, qu'en l'absence certaine de Syphilis ou de Tuberculose.

Nous n'exposerons pas son tableau clinique, l'observation qui va suivre suffira à le rappeler.

Observation 40. — Mycose du Testicule guérie par la médication iodo-iodurée intensive (Nocardose).

(Observation due à l'obligeance du Dr. *Thévenard* et du professeur *Gougerot*).

M. D..., 62 ans ; homme extrêmement vigoureux pour son âge, pratiquant encore les sports les plus violents : en particulier, le dressage de chevaux rétifs et leur mise en haute école. Ce détail à son intérêt : dans le dressage de haute école, les mouvements de réaction du cheval sont parfois extrêmement violents, amenant une contusion du périnée et parfois des testicules.

Or, en 1913 et en 1914, M. D... constate à plusieurs reprises un *écoulement « brunâtre » par l'urètre*, sans douleur aucune. Il n'a jamais eu de *blennorragie*.

Pendant la guerre, il cesse ses exercices ; mais à peine les avait-il repris, en 1920, pendant un séjour à Bruxelles, il s'aperçoit, suivant son expression, que son *testicule droit s'engorge*. Cet état dure pendant plusieurs mois, pendant lesquels il se soigne par de la révulsion.

Brusquement, en novembre, le testicule prend un volume considérable, accompagné de simple gêne, causée par la pesanteur de l'organe. (Il semble qu'il se soit agi d'une hydrocèle.) L'état général était excellent. Aucune menace de suppuration. Néanmoins, un chirurgien de Bruxelles conseille une intervention d'urgence. Celle-ci consiste en une *castration*.

A sa rentrée à Paris, en juillet 1921, le testicule *gauche* se prend à son tour. Il augmente progressivement de volume, les téguments deviennent rouges violacés, adhèrent à la masse sous-jacente, puis apparaissent *trois ulcérations qui donnent issue à un peu de pus*. Le malade est adressé alors au Dr. *Thévenard* par son médecin traitant qui, pensant à une tuberculose, conseille une intervention.

Voici ce que le Dr *Thévenard* constate à l'examen : la bourse gauche contient une tumeur lisse, *du volume presque de deux poings*. Les téguments sont mobiles en bas et en arrière ; en haut et en avant, ils sont violacés et présentent trois ulcérations de dimensions inégales, l'une, au centre, d'une pièce de 2 francs environ ; les deux autres, situées au-dessus, l'une à gauche, l'autre à droite.

Malgré l'*hydrocèle* qui forme la plus grande partie de la tumeur, on a l'impression que le testicule est *augmenté* de volume ; malgré l'adhérence et l'épaississement des téguments, *on se rend compte que sa surface est lisse*. Par contre, l'Epididyme est difficile à explorer, car il répond à la région où l'infiltration et l'adhérence du scrotum sont le plus prononcés ; il semble que la plus grande des trois ulcérations réponde au sillon qui sépare le testicule de la tête épididymaire ; les deux autres à ses bords latéraux ; les ulcérations sont taillés à l'emporte-pièce, à bords décollés, laissant suinter un écoulement séreux ; leur fond a une apparence bourbillonneuse. Nulle part, l'examen n'est douloureux.

La queue de l'épididyme et le déférent sont lisses et souples. Le *toucher rectal* montre les *vésicules séminales absolument indemmes*. Le *Wassermann* a été pratiqué et est négatif. Le malade ne présente rien dans ses antécédents qui puisse relever de la *syphilis* ; il n'en offre aucun stigmate. Le Diagnostic le plus probable est donc celui de tuberculose. Cependant, la souplesse du cordon, l'absence de lésions des vésicules, enfin, le souvenir d'un cas en tous points semblable, que le Dr *Thévenard* avait traité et guéri par un traitement iodo-ioduré intensif, l'incite à le conseiller ici avant de procéder à la castration.

Le Dr *Lenègre*, médecin traitant, accepte, mais non sans avoir auparavant présenté le malade au Dr. *Gougerot* et pratiqué d'accord avec lui, les recherches suivantes :

1° *Cuti-Réaction à la tuberculine* ; 2° *recherche du bacille de Koch et inoculation d'un cobaye* en plein péritoine, avec le *liquide de l'hydrocèle qui est ponctionnée* et qui est citrin.

La *cutiréaction* provoque une faible rougeur de 2 mm. sans papules.

La recherche du Bacille de Koch fut négative,

Et trois mois plus tard, le cobaye restait dans un état florissant.

Quoiqu'il en soit, un traitement iodo-ioduré intensif, tant interne (12 gr. KI pro die) qu'externe (bains iodés salés) fut institué. L'amélioration fut extrêmement rapide : la tête épididymaire devint moins dure ; le liquide ne se reproduisit plus. On sentit un nodule pisiforme à l'origine du canal déférent, tandis que les ulcérations s'asséchaient peu à peu, si bien que *quatre mois* après le début du *traitement* ioduré (qui fut *admirablement* toléré, sauf une acné iodique à la fin) il ne restait plus comme trace de ses anciennes lésions qu'un point induré au niveau de l'extrémité de la tête de l'Epididyme, et une ombilication des téguments en ce point, correspondant à la place, qu'occupait auparavant la principale ulcération.

Actuellement, quatre ans plus tard, la guérison persiste.

M. *Gougerot* a bien voulu nous communiquer les résultats du séro-diagnostic, résultats qui lui ont permis de conclure à une *NOCARDOSE* très probable par le séro-diagnostic de *Widal* et *Abrami* :

	Septembre 1921 (avant traitement)		*Janvier* 1922 (après traitement KI)	
	Agglutination	Fixation	Agglutination	Fixation
Sporotrichum Beurmani..	1/50	H5	1/10	H7
Sporotrichum Gougeroti .	1/30	H6	0	H8
Levures	1/30	H5	0	H8
Mycoderma Pulmoneum .	1/30	H6	0	H8
Mycoderma cutaneum....	1/20	H6	0	H8
Hémispora.....		H6		H8
Nocardia Bovis.....	1/60	H4		H4
Nocardia Asteroides.....		H4		H4

D'autre part, M. *Gougerot*, ayant écrit à Bruxelles, apprit que l'examen anatomo-pathologique pratiqué à la suite de la castration du testicule droit, avait montré des lésions inflammatoires chroniques avec forte infiltration de polynucléaires et cosinophiles, sans cellules géantes ni néoplastiques.

Le Diagnostic était ainsi doublement confirmé !

Le Fongus syphilitique

Ne nous retiendra pas longtemps. Nous ne rappellerons pas ici les innombrables signes que les classiques (d'ailleurs fidèlement reproduits depuis) donnaient pour le différencier du Fongus malin. Vu la rareté du fongus, en général, ce diagnostic nous apparaît beaucoup plus théorique que pratique.

A plus forte raison, nous ne parlerons pas du diagnostic de la variété du fongus (superficiel ou profond) puisque, comme nous l'avons vu, il semble être toujours parenchymateux.

L'Atrophie scléreuse

Peut poser, chez un malade, une question diagnostique.

On peut dire que dans la règle, exception faite pour les oreillons, pour l'Orchi-Epididymite urinaire, pour la torsion du cordon, voire la sénilité, elle reconnaît toujours pour cause la Syphilis.

Le Diagnostic de Syphilis testiculaire posé, il faut encore se demander s'il s'agit de **Syphilis acquise ou de Syphilis héréditaire.** Comme nous l'avons vu, celle-ci peut se voir à tout âge. Pour les différencier l'une de l'autre doivent intervenir, chez le clinicien, des notions de Syphiligraphie générale, qu'il ne nous appartient pas de lui rappeler.

Voilà comment nous croyons que le Diagnostic de Syphilis du Testicule doit se poser. Nous avons longuement insisté sur des points, qui nous ont paru laissés dans l'ombre. Nous avons rapidement passé sur ceux qui sont connus. Nous avons essayé de montrer que, contrairement à ce que l'on pense, ce Diagnostic est souvent difficile. Et pour finir, nous rappellerons la phrase d'un auteur américain, *Michelson*, qui écrit :

« Tout malade présentant une atteinte contenu scrotal, doit être examiné au point de vue Syphilis ».

Pour faciliter la compréhension de ce dernier chapitre, qui peut paraître quelque peu aride, nous tracerons un tableau synoptique des nombreux diagnostics différentiels que soulève une affection aussi *polymorphe* que la Syphilis du Testicule.

I. Orchi-Epididymites chroniques.

1° Cas faciles.

Les éléments de l'appareil testiculo-épididymaire étant facilement délimitables.

C'est le cas de la plupart des *Orchi-Epididymites typiques* (Albuginite ou Gomme).

Le Diagnostic se pose avec : *a*) *Cancer* — théoriquement.
b) *Lèpre* — dans certaines conditions ou régions.

2° Cas difficiles.

Parce que les éléments de l'appariel testiculo-épididymaire sont mal ou non délimitables.

C'est le cas des *formes liquidiennes*, des *formes hypertrophiques*, de certaines Orchi-Epididymites *moyennes* ou *atypiques*. Elles réalisent tantôt :

A) Une tumeur fluctuante rénitente, solide, mais transparente — comme les *formes liquidiennes*.

B) Tantôt une tumeur non transparente. C'est le cas le plus souvent des *formes hypertrophiques*.

C) Tantôt une tumeur, mélange de zones dures et opaques, fluctuantes et transparentes : ce sont ou des *formes hypertrophiques* ou des *formes moyennes atypiques*.

A) Formes liquidiennes.

Tumeur fluctuante rénitente, solide mais transparente. Après avoir éliminé les *tumeurs scrotales extra-génitales*, le gros *kyste de la tête épididymaire*.

Le Diagnostic se pose avec :

a) les autres hydrocèles symp { *Cancer* / *Tuberculose*

b) les hydrocèles essentielles.
sous-jacentes :

B) Formes hypertrophiques.

Tumeur solide non transparente.

Par ordre de fréquence, Diagnostic avec :

a) le *Néoplasme*,
b) l'*Hématocèle*,
c) la *Tuberculose* exceptionnellement.

C) Formes moyennes atypiques ou certaines formes hypertrophiques.
Tumeur présentant un mélange de zones dures et fluctuantes, opaques, transparentes.
Diagnostic avec : *a) Affections de la vaginale* (Pachyvaginalite chronique ou vaginalite).
b) Gros Epididyme (quand la poche fluctuante et transparente siège en avant).
Tuberculose ou autres Epididymites.
c) Gros testicule — exceptionnellement.
Diagnostic d'autant plus difficile qu'il existe des :

D) Orchi-Epididymites syphilitiques à prédominance épididymaire et

E) des *Epididymites syphilitiques tertiaires isolées.*

Ne pas oublier que, malgré tout, il peut y avoir des :

3° Cas impossibles

Le Diagnostic ne se faisant alors que par l'examen *anatomo-pathologique* et par la confrontation des renseignements *cliniques, macroscopiques et microscopiques.*

II. Formes aiguës :

1° *Epididymite secondaire* : C'est plutôt une forme subaiguë.
Un Diagnostic surtout : *Kyste de la tête.*
2° *Orchi-Epididymite* :
a) Formes suraiguës. — Néoplasme ?
Diagnostic le plus souvent impossible.

b) *Formes aiguës.* — Toutes les

Orchi-Epididymites aiguës, mais surtout :
Orchi-Epididymite gonococcique.
Orchi-Epididymite urinaire.
Orchi-Epididymites infectieuses mal définies.

III. Formes fistulisées :

Le Diagnostic se pose avec les :

Orchi-Epididymite urinaire.
Orchi-Epididymite tuberculeuse.
Orchi-Epididymite mycosique.

IV. Fongus :

Pas de difficulté.

V. Atrophie scléreuse :

Diagnostic facile.

Enfin, Diagnostic de l'Orchi-Epididymite par :

VI. Syphilis acquise ou **héréditaire.**

PRONOSTIC

C'est du pronostic fonctionnel que nous voulons parler. Implicitement, nous l'avons déjà étudié dans les chapitres, qui précèdent. Nous serons donc bref.

Deux conditions essentielles sont nécessaires pour assurer le parfait fonctionnement de la glande testiculaire : d'une part, il faut l'intégrité à peu près absolue d'une partie, sinon de la totalité des tubes séminifères ; d'autre part, le libre parcours des voies d'excrétion est absolument indispensable.

Par conséquent, le pronostic est en rapport avec :

1° L'extension des lésions (uni ou bilatérales) ;

2° Avec leur âge (infiltration simple et gommes microscopiques sclérose ou gomme ramollie) et leur siège ;

3° Avec la forme (Syphilis classique ou Syphilis occulte) ;

4° Avec leur cause (Syphilis acquise ou Syphilis héréditaire).

1° Pour que le Pronostic se pose, il faut que les lésions soient *bilatérales*. Unilatérales, elles ne présentent que le danger de devenir, non traitées, bilatérales. Cependant, d'après *Liégeois*, l'inflammation d'un testicule pourrait arrêter la sécrétion du sperme dans l'autre. Si ces cas existent, ils pourraient s'expliquer, non pas par un véritable réflexe à l'instar du réflexe réno-rénal dans l'anurie, mais plutôt par des lésions, qui atteindraient le testicule opposé mais d'une façon occulte.

2° L'âge des lésions est très important à considérer.

Au début, alors qu'il n'y a qu'une simple *infiltration*, alors que les tubes sont simplement écartés sans être comprimés ni altérés, le traitement appliqué à temps fera disparaître toute lésion et les fonctions, un instant compromises, reparaîtront dans toute leur intégrité.

Plus tard, quand la rétraction *scléreuse* a commencé à se faire par places ou dans tout l'organe, les conditions sont changées,

et ce travail cicatriciel sous-albuginé aboutira nécessairement à la destruction des tubes.

Une sclérose partielle permettra, évidemment encore, la sécrétion des spermatozoïdes et leur évacuation, si les voies sont libres ; mais si la glande dans la totalité est atrophiée, si l'on a affaire à un *haricocèle* ou si la sclérose évolue au niveau de l'Epididyme, y faisant l'office d'une véritable ligature, la fonction sera alors totalement abolie.

Et cependant, vu la marche lente du mal, la période d'opportunité thérapeutique est très longue et le pronostic moins grave qu'on ne le croirait à priori.

Témoin ce fait du professeur *Fournier* : Un malheureux malade, affecté d'un effroyable lupus naso-guttural, qui avait détruit le palais avec le voile du palais et dévoré tout le pharynx, portait, en plus (et cela depuis une époque indéterminée, mais lointaine), un testicule atrophié par la Syphilis. Ce testicule offrait tout au plus le volume d'une très petite noix ; il était, de plus, extraordinairement irrégulier de forme, et enfin il présentait au palper une dureté telle qu'on aurait pu, sans grande exagération, le comparer à un caillou. Or, contre mon attente, encore, ajoute M. *Fournier*, il arriva ceci, c'est que le traitement spécifique prescrit en vue du lupus (frictions mercurielles et iodure) exerça une action vraiment inattendue sur ce testicule rabougri et dégénéré. Ce testicule assurément ne reprit pas le volume qu'il avait perdu, mais il reprit une forme à peu près régulière ; et, ce qui est plus surprenant encore, il recouvra, partiellement pour le moins, sa souplesse physiologique. »

Quand les lésions parenchymateuses testiculaires aboutissent à la *nécrose*, à *une gomme ramollie*, évacuée à l'extérieur (à plus forte raison, s'il y a fongus), les fonctions sont plus gravement et aussi plus sûrement compromises. Le traitement spécifique ne pourra jamais refaire les tubes spermatiques détruits par le processus nécrosique. Le Pronostic dépendra donc de l'étendue de la mortification. Il ne faudra pas espérer récupérer un testicule dont le parenchyme n'est plus qu'un magma gommeux.

Mais même lorsque les lésions sont circonscrites, *l'azoospermie*, peut être complète. Tout dépend de leur siège : qu'elles détruisent, par exemple, le corps d'Highmore ou la tête épididymaire, qu'elles se trouvent sur la voie d'évacuation des spermatozoïdes et la fonction est à jamais compromise.

3° Ce que nous venons de dire jusqu'alors, s'applique aussi bien à la Syphilis *classique* qu'à la Syphilis *occulte*.

La Syphilis classique, pendant longtemps latente, oblige tôt ou tard le malade à consulter, donc à se traiter. La Syphilis

occulte, au contraire, toujours silencieuse, reste toujours ignorée du malade et très souvent du médecin.

Son traitement prophylactique est le traitement de la Syphilis en général.

4° Toutes ces considérations d'extension, de stade, de siège des lésions, de forme, valent pour la Syphilis *héréditaire* comme pour la Syphilis *acquise*.

Elles sont même plus importantes dans la première que dans la seconde. Dans la Syphilis acquise de l'adulte, l'arrêt de la sécrétion testiculaire entraîne l'azoospermie, la frigidité même ; mais il est exceptionnel qu'elle provoque des troubles organiques secondaires. Dans la Syphilis héréditaire au contraire, ce sont les troubles généraux qui dominent, c'est une déviation complète de tout l'organisme, d'autant plus terrible que celui-ci est moins développé et que les lésions passent tout à fait inaperçues chez l'enfant.

Mais quels que soient l'âge, le siège, l'étendue des lésions, quelle que soit la forme ou la cause de la Syphilis, le pronostic dépend, avant tout, du traitement : bien conduit, il peut réserver des surprises.

TRAITEMENT

C'est le traitement de la Syphilis en général, avec, cependant, quelques points particuliers, eu égard à la localisation et à la nature des lésions. C'est, donc, un traitement médical, rarement chirurgical ; un traitement général, presque jamais local.

TRAITEMENT MÉDICAL

Nous n'avons pas l'intention, à cette occasion, de refaire tout le traitement de la Syphilis. Nous nous contenterons de passer en revue, dans l'ordre de leur apparition chronologique, les différents anti-Syphilitiques actuellement connus et, d'en résumer brièvement leurs avantages et leurs inconvénients, dans le cas qui nous intéresse.

A) L'Iodure de potassium.

Vieux médicament qui a résisté aux insultes du temps et aux attaques de ses détracteurs.

Facile à administrer, on lui reconnaît, depuis *Ricord*, son influence curative certaine, particulièrement dans les lésions d'un âge avancé de la maladie.

Malheureusement, il a ses inconvénients généraux et locaux.

Généraux : ce sont tous les accidents d'*iodisme* (en particulier l'acné iodique) que l'on connaît ; ce sont ses contre-indications dans les cas de terrain tuberculeux ou d'association tuberculeuse.

Locaux : ce sont des réactions inflammatoires, rares mais importantes : tel le cas d'un malade qui, atteint de Fongus du Testicule droit et d'Orchite scléro-gommeuse du Testicule opposé, présenta, à la suite d'administration de l'iodure de potassium à la dose de 4 gr. pendant quatre jours, un énorme éléphantiasis rouge, douloureux du scrotum — avec signes généraux graves — qui disparurent complètement huit jours après (Observation 58).

Comment administrer l'iodure de potassium ?

Dans un article récent, un auteur américain préconisait, à la suite de ses expériences, l'emploi des petites doses. Nous ne croyons pas que ses recherches sur la Syphilis expérimentale du lapin puissent autoriser à appliquer ses conclusions dans la Syphilis testiculaire de l'homme. Jusqu'à preuve du contraire, nous nous en tenons à la méthode des doses *croissantes, rapidement progressives*, à partir de 2 gr. jusqu'à 5 et 6 gr. si le malade est tolérant.

Nous nous sommes très bien trouvé de la méthode que nous a enseignée M. *Gougerot* :

Nous prescrivons, donc, une solution aqueuse concentrée :

KI	.....	50 gr.
Eau distillée	..... qs.	250 gr.

1 cuillerée à café = donc 1 gr.

Nous conseillons alors au malade de verser dans un verre d'eau très sucrée, autant de cuillerées à café de la solution concentrée et de teinture d'oranges amères, qu'il doit prendre de grammes d'iodure. Il boira le verre ainsi préparé — par petites gorgées — dans la journée.

B) Le Mercure.

En ingestion, en friction, en injection, a pu être employé tout seul et compte à son actif d'assez nombreuses guérisons d'Orchi-Epididymite syphilitique. C'est le médicament des accidents précoces de la Syphilis et de certains accidents tardifs particuliers. De sorte que *Mauriac* pouvait conclure que le *traitement mixte KI et Mercure* s'imposait : le mercure prédominant dans le sarcocèle scléreux précoce, le KI dans les gommes testiculaires tardives.

Parmi les sels de mercure, le plus facile à employer, à notre avis, restera le *Cyanure de Mercure.*

C) Sels arsenicaux.

Mais comme d'assez nombreux cas de Syphilis du Testicule restent réfractaires à ce traitement mixte, dès l'apparition des *sels arsenicaux*, on eut l'idée de les employer dans la Syphilis du Testicule comme dans les autres accidents syphilitiques. *Barraud* consacra sa thèse inaugurale au traitement de la Syphilis testiculaire par le Salvarsan et le Néosalvarsan. Il y consigne de nombreuses observations de malades, qui ne guérirent que par ce puissant médicament.

Mais il faut se rappeler qu'avec le 914 (à plus forte raison avec l'ancien 606) il y a des cas d'*intolérance* ; que chez les sujets âgés, ayant un foie ou des reins plus ou moins déficients, il est difficile de l'employer ; et, qu'enfin, c'est un traitement qui peut ne pas satisfaire malade, ni médecin.

D) Bismuth.

Aussi dès l'apparition du *Bismuth* dans l'arsenal anti-syphilitique, on en généralisa l'emploi dans tous les accidents de cette affection.

Hydroxydes ou iodoquinates peuvent être employés et donnent d'excellents résultats. Mais comme les autres médicaments, il a ses inconvénients, étant donnée la fréquence de la denture défectueuse de ces malades.

En résumé, voilà quatre médicaments ; *lequel choisir ?*

Disons tout de suite que l'iodure de potassium ne peut être employé seul, ou plutôt qu'il ne l'est jamais. Mais nous nous empressons d'ajouter qu'à l'instar de beaucoup d'auteurs, nous croyons que, *surtout dans les formes gommeuses, c'est un adjuvant, sinon nécessaire, du moins excellent, des autres traitements.*

Pour le choix des autres médicaments, c'est question de *tempérament du malade* et *du médecin.*

D'une part, le choix du traitement impose un examen complet du sujet (foie, rein, cœur), des considérations matérielles (situation, commodités) ; d'autre part, c'est une question d'*habitude* chez le médecin.

En ce qui nous concerne, nous avons vu des Orchi-Epididymites syphilitiques céder au *Muthanol* ; nous avons plusieurs observations de guérison par le *Quinby* ; nous avons deux observations d'amélioration, d'ailleurs lente, par le *Cy Hg.* ; mais la plupart de nos malades ont été traités au *Novarsénobenzol intra-veineux* (1).

C'est, à notre avis, de beaucoup, le médicament de choix.

Dès que le Diagnostic d'Orchi-Epididymite syphilitique est posé, nous faisons le jour même au malade, 0 gr. 02 de Cy Hg, et commençons dès le lendemain le traitement au 914. Lorsque nous soupçonnons une forme à tendance gommeuse, nous prescrivons, *en même temps*, de l'iodure. De cette façon, l'on arrive à obtenir des guérisons quasi miraculeuses. Dès le lendemain de la première injection l'amélioration est évidente. Elle est régulière, progressive et rapide. La sensibilité apparaît dans les

(1) Un seul a été soigné au *Stovarsol*, dont l'action nous a paru, dans ce cas, particulièrement lente. (Observ. 60.)

zones les moins infiltrées, les plaques se ramollissent, les bosselures s'affaissent ; l'épanchement, s'il existe, diminue, et les testicules les plus déformés prennent peu à peu leur configuration normale.

A la fin de la série de huit ou dix injections, la *restitutio ad integrum* est à peu près complète ; seuls persistent, plus ou moins longtemps, des noyaux cicatriciels, surtout épididymaires.

La maladie n'est plus, au grand étonnement du malade (qui malheureusement guérit trop vite), et quelquefois du médecin, qu'un mauvais souvenir.

En résumé, pour le traitement de l'Orchi-Epididymite syphilitique, on possède au choix trois médicaments : le meilleur le 914 ; un bon le *Bismuth* ; le moins bon le *Mercure*, tous associés, si possible, à l'*iodure de potassium*.

Comme dans les autres localisations de la Syphilis, le traitement doit être *intensif*, *régulier* et *prolongé*.

Intensif, c'est-à-dire poursuivi à doses croissantes et élevées.

Régulier, car comme nous l'avons vu, un traitement irrégulier ou insuffisant risque d'activer les lésions et de les disséminer. Une Orchi-Epididymite monotesticulaire peut devenir ainsi bitesticulaire.

Prolongé, parce que le malade, s'il guérit rapidement de son atteinte testiculaire n'en reste pas moins un Syphilitique. Parce que enfin, sa Syphilis testiculaire pourrait *récidiver*.

A. Cooper a vu quatre récidives successives chez le même individu. *Curling* écrit que l'Orchi-Epididymite syphilitique est sujette à récidives si elle est mal traitée. *Tédenat* signale des rechutes en cas de traitement incomplet ou irrégulier. *Hallopeau* enfin, a publié une observation de récidive, malgré le traitement.

Pour notre part, nous n'en avons vu que deux cas. Dans l'un, il s'agissait peut-être d'un rappel à l'âge adulte, d'une Orchi-Epididymite syphilitique héréditaire ayant évolué dans l'enfance (voir Syphilis héréditaire tardive).

Dans l'autre, c'était un malade qui nous consultait pour une grosse tumeur du Testicule droit apparue depuis deux mois (gomme comme l'a montré l'opération) et qui racontait que, deux ans auparavant, il avait présenté pareille atteinte, qu'un traitement par des injections, reçu à Saint-Louis, avait très rapidement guérie (Observation 81).

Un cas particulier :

Traitement d'épreuve.

Comme nous l'avons dit, il doit être rapide et intensif. Maximum de traitement pour minimum de temps. Nous associons, donc, en les *alternant*, les médicaments :

Nous associons Bismuth et Novarsénobenzol (plus exceptionnellement Cy Hg) en injections à l'iodure per os.

Ainsi le malade reçoit en quinze jours, dans ses veines, quatre injections de Novarsénobenzol (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60); dans ses muscles, quatre injections de Bismuth (la teneur *en sel* variant avec la formule), sans compter un nombre important de grammes d'iodure par la bouche.

Dans la règle, ce traitement est admirablement toléré.

Résultats.

On peut les diviser en trois groupes :

1er *groupe : Cas cédant facilement.*

2e *groupe : Cas cédant lèntement ou imcomplètement.*

3e *groupe : Cas ne cédant pas au traitement.*

A) 1er *groupe. — Cas cédant facilement* : C'est la *grande majorité des Orchi-Epididymites syphilitiques.*

Elles cèdent plus ou moins vite, quel que soit le médicament anti-syphilitique employé.

> Nous venons de voir un malade atteint depuis de longs mois d'une petite plaque de blindage du testicule avec hydrocèle légère. Cette longue évolution stationnaire semblait s'expliquer par le fait que le patient, sur le conseil de son pharmacien, prenait de temps à autre, des dépuratifs — à base d'iodure !

B) 2e *groupe. — Cas cédant lentement ou incomplètement* :

1° Il faut se rappeler que les lésions épididymaires sont plus longues à guérir que les lésions testiculaires.

> Un malade, chez lequel les irrégularités du testicule s'étaient complètement effacées à la fin d'une première série de 914, n'a vu disparaître un nodule de la tête épididymaire qu'au bout d'un an de traitement tenace et sévère (Observation 61).

2° Quand une Orchi-Epididymite syphilitique cède lentement au traitement, nous changeons de médicament ; parfois, nous les alternons ; d'autrefois, nous les associons. On active ainsi assez souvent la guérison.

De même quand la rétrocession d'une Orchi-Epididymite syphilitique subit sans cause un *arrêt*.

Le malade, dont nous rappelons plus haut les accidents iodiques locaux, après une *amélioration certaine* au début, présenta durant au moins trois semaines, un état stationnaire et ce, malgré un traitement au 914 et Cy Hg. En désespoir de cause, on prescrivit l'iodure qui, ingéré pendant quatre jours, amena les accidents que l'on connaît ; mais à partir de ce moment, bien que tout traitement anti-syphilitique fut cessé, la guérison se poursuivit activement et sans arrêt. L'iodure, soit directement, soit indirectement par le *choc*, qu'il avait provoqué, sembla avoir sensibilisé le malade aux médicaments antérieurement absorbés (Observation 58).

Quand enfin, l'Orchi-Epididymite syphilitique cède incomplètement à tous les traitements syphilitiques employés, c'est qu'il s'agit vraisemblablement d'*association pathologique* (quelquefois gonococcique, surtout Tuberculose exceptionnellement Cancer) qu'il faut rechercher ; ou qu'elle rentre dans le :

C) 3e *groupe. — Cas ne cédant pas au traitement.*

Ils ne sont pas exceptionnels. Ils sont embarrassants. Quand on ne les connaît pas, on croit avoir fait un faux Diagnostic ; quand on les connaît, on risque de passer à côté du vrai.

Ne cèdent pas au traitement :

a) Les formes suraiguës,

b) Les formes particulièrement scléreuses (Haricocèle surtout),

c) Les gommes très étendues recouvertes d'une coque albuginique.

Dans quatre observations d'une *Orchi-Epididymite syphilitique*, qui ne cédaient pas au traitement, doutant du Diagnostic, nous fîmes faire une biopsie : Dans les quatre, il s'agissait d'énorme gomme ayant noyé tout le parenchyme testiculaire. En effet, si le traitement anti-syphilitique agit sur le tissu d'inflammation périgommeux, il reste, bien entendu, complètement impuissant à l'égard du tissu de nécrose.

d) Il y aurait enfin des Orchi-Epididymites syphilitiques très rares mais certaines, sur lesquelles le traitement reste sans prise.

On peut se demander si dans ces observations le Diagnostic de Syphilis ne devrait pas être réformé et s'il ne s'agirait pas là d'une autre inflammation chronique X..., qui s'en rapprocherait.

Dans tous ces cas ne cédant pas au traitement médical ordinaire, le médecin doit s'effacer devant le chirurgien.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous ne parlerons pas de la **ponction** d'une *forme liquidienne*, qui, par la diminution de l'épanchement, active et facilite le traitement médical. La ponction est moins le premier temps du traitement qu'un moyen de Diagnostic.

Nous parlerons pour mémoire de ce que l'on peut appeler la chirurgie « *conservatrice* » du Testicule syphilitique.

En effet, pour activer la guérison des cas qui cèdent lentement au traitement, des auteurs ont proposé le curettage, l'excision (*Neve*) ou la thermocautérisation (*Terillon*) des gommes à ciel ouvert.

On devine les arguments dont est passible cette méthode de faire ; on n'en voit pas les avantages.

La seule *chirurgie* applicable au Testicule syphilitique reste donc en dehors *de l'exploration sanglante* (moyen de Diagnostic) *la* **castration**.

Que faire, en effet, de ces formes suraiguës douloureuses simulant le Néoplasme ? Que faire de ces testicules scléreux *douloureux* ? point d'appel possible à une dégénérescence. Que faire de ces gommes géantes du testicule dont le tissu noble n'existe que pour mémoire ? Que faire de ces cas où l'on a épuisé vainement toutes les ressources *actuelles* du traitement ?

Qu'on abandonne à lui-même un testicule scléreux, nul mais indolore, afin de laisser au malade « un testicule moral », c'est défendable.

Mais qu'on laisse en place une glande atrophiée et douloureuse ou grosse et gênant le malade, morte fonctionnellement, cause de troubles physiques et moraux, source de complications multiples, cela ne se discute pas.

Dans ces cas la castration (faite avec les précautions d'usage,

après avoir pris l'avis du malade, lui avoir exposé le pour et le contre) non seulement est autorisée, elle est nécessaire.

Ainsi donc, *conservateur* longtemps sans trop, *interventionniste* quand il le faut, le Traitement de la Syphilis du Testicule, comme celui de toute autre affection, doit être toujours **opportuniste** !

OBSERVATIONS

I. — ORCHI-EPIDIDYMITE TYPIQUE

Observation 41. — Orchi-Epididymite syphilitique gauche cédant au bismuth (Cochin).

De G..., 30 ans.

Tuméfaction de la bourse gauche, ayant débuté, aux dires du malade, il y a un mois, et augmenté progressivement depuis. Douloureuse au début, est complètement indolore maintenant.

Antécédents personnels : Blennorragie et *Syphilis primaire il a y huit ans*, traité par 10 injections intra-musculaires. Trois ans après : une réaction de Wassermann positive l'obligea à un nouveau traitement mercuriel et novarsénobenzolique, court et irrégulier.

Actuellement : Testicule gauche de *moyen* volume, dur, indolore, semblant régulier mais difficilement palpable à travers une *lame assez épaisse d'hydrocèle*. Pincement de la tête épididymaire assez grosse.

Funiculite appréciable avec déférent normal, prostate régulière et souple. Vésicules perceptibles mais indolores.

Cicatrice à peine visible de Syphilis primaire sur le fourreau. Cicatrice pigmentaire sur la face antérieure de la jambe gauche d'une ulcération datant de deux ans et cicatrisée par un traitement local.

Large dépoli de la commissure droite. Leucoplasie gauche légère. Réflexes normaux.

Wassermann positif.

Après 8 injections de *Quinby* l'hydrocèle a disparu et le testicule gauche devenu lisse et souple, reste encore légèrement augmenté de volume.

On continue le traitement.

Observation 42. — Orchi-Epididymite Bilatérale, plus marquée à gauche) guérie par le bismuth (Cochin).

B. Belckacem..., 26 ans.

Augmentation de volume progressive des deux testicules qui aurait débuté, il y a trois mois, sans douleur.

Testicule et Epididyme sont gros et durs, à gauche plus qu'à droite. Leur sensibilité est conservée en partie. Cordon, déférent, prostate, vésicules sont normaux.

Wassermann : très positif.

Dix injections de Muthanol et 4 gr. de KI prodie amènent une amélioration considérable.

Observation 43. — Orchi-Epididymite syphilitique Bilatérale, plus marquée à gauche, à début apparent douloureux (Cochin).

F..., 64 ans. — Il y a six semaines, le malade a ressenti une violente douleur dans les bourses, qui l'obligea à s'aliter. Le médecin consulté conseille repos et révulsion.

Si la douleur céda rapidement, le volume des bourses, par contre, ne diminua pas. Le malade entre alors à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Pas de Blennorragie. Pleurésie double et bronchites à répétition.

Syphilis primaire il y a cinq ans, traitée par six injections intra-veineuses.

Examen intra-scrotal : Scrotum normal et libre.

A gauche : Testicule très augmenté de volume, d'une consistance dure, ligneuse par endroits, est irrégulier. L'*Epididyme* non isolable du testicule apparaît dur, irrégulier, *avec un assez gros noyau à la tête*. Les deux sont indolores spontanément ou à la pression. La vaginale peut être pincée.

Le canal déférent est normal, mais il y a de la *funiculite*.

A droite : La glande de taille inférieure est aussi plus *souple et plus sensible*.

De ce côté également on note une *funiculite légère*.

Les réflexes tendineux sont faibles.

La pupille gauche est irrégulière, mais réagit.

Traité au Quinby, s'améliore rapidement.

Observation 44. — Orchi-Epididymite Bilatérale, plus marquée à gauche. Azoospermie (Saint-Louis).

Ch..., 34 ans, consulte à Saint-Louis pour une *syphilide acnéiforme* de l'aile droite du nez datant de trois mois.

Un examen complet du malade découvre une *syphilide médio-thoracique* en placard papulo-croûteux, une syphilide de la langue et une double lésion *testiculaire*.

Antécédents personnels. — A 14 ans, *fièvre thyhoïde* suivie d'une phlébite droite et d'une *orchite gauche*, depuis cette époque, ce testicule reste plus gros et plus sensible que l'autre.

A 18 ans Blennorragie.

Nie la Syphilis, et n'a remarqué aucune modification du côté des bourses, sauf un gonflement passager, il y a quelques années. *Signale cependant que, depuis un an, quoique l'appétit sexuel soit intact, son ardeur s'éteint dès qu'il doit passer à l'acte.*

Examen scrotal :

A gauche : la glande assez augmentée de volume, apparaît déformée en avant, présentant une induration à peu près complète de sa surface, avec au pôle supérieur un noyau de la taille d'un petit pois, qu'on peut confondre avec la tête épididymaire en inversion. Le pôle inférieur du Testicule est encore souple et conserve sa sensibilité, sa face externe est criblée de plusieurs grains de plomb. Nulle part on ne pince la vaginale, on pince par contre, la tête épididymaire qui semble normale.

Le canal déférent est gros et dur. Il y a une *funiculite* sérieuse.

A droite : les lésions sont moins marquées, sans doute plus récentes, le

testicule est plus petit, en forme de carène, portant en avant une petite poche d'hydrocèle ; il est en général, moins dur. Sur sa face externe, près de son pôle supérieur, deux saillies : une grosse, dure, régulière, indolore, une plus molle, sensible, limitée par une véritable trépanation de la vaginale. Impossible de délimiter l'Epididyme. Le canal déférent est dur mais de taille normale. Il n'y a pas de funiculite.

On ne peut pincer la vaginale qu'en avant.

Rien au toucher rectal.

Grosse leucoplasie buccale. Wassermann-Hecht : très positifs. Floculation : 44.

L'examen du sperme ne montre la présence d'aucun spermatozoïde.

Antécédents collatéraux. — Femme présentant des céphalées vespérales sans aucune lésion évolutive apparente.

Wassermann : négatif.

On met le malade au traitement par le 914.

A la cinquième injection : les lésions tégumentaires se sont à peu près effacées ; Les testicules diminuent et s'assouplissent.

Observation 45. — Orchi-Epididymite Syphilitique bilatérale prédominant à droite (*épanchement abondant*). (Cochin).

A. P..., 37 ans présente :

A droite : un hydrocèle de moyen volume.

A gauche : un noyau de la taille d'un petit pois dur, indolore, siègeant à l'union du testicule et de la tête épididymaire gauche, qui sont insensibles.

Des deux côtés, les cordons sont normaux. Rien à la prostate. Par contre, lésions multiples de périostite des deux tibias et du cubitus gauche. Leucoplasie commissurale bilatérale. Ne se rappelle pas avoir rencontré le tréponème. N'a pas été revu.

Observation 46. — Albuginite douloureuse (Cochin).

R... C..., 25 ans, se plaint de crises douloureuses survenant depuis 3-4 ans dans le *testicule droit*. Il y a quinze jours, une nouvelle crise, particulièrement violente, calmée par le repos, l'oblige à consulter.

On découvre à droite, sur un testicule *souple* dans l'ensemble et ayant conservé sa *sensibilité, une plaque de blindage* siégeant sur le milieu de la face interne, résistante, de la taille d'une pièce d'un franc, incluse dans la glande, *sans saillie appréciable*, sauf en un point où l'on sent *un véritable noyau du volume d'un pois.*

Sur la face externe de la glande, *près de son pôle supérieur*, qui est douloureux, un minuscule noyau pareil à un grain de mil.

Enfin au niveau de la *tête épididymaire*, qui est très sensible dans l'ensemble, on trouve un noyau dur, nettement limité, de la taille d'un petit pois.

On pince la vaginale en avant. Pas de funiculite. La prostate et les vésicules sont normales. L'examen somatique complètement négatif.

Le malade nie la Syphilisê mais avoue, cependant, avoir présenté il y a huit ans, une angine tenace avec des ganglions et des ulcérations anales.

Malgré la douleur spontanée et provoquée, on pense à une Orchi-Epididymite syphilitique.

Le Wassermann du sang est très positif.

La femme du malade a trois enfants bien portants, mais a accouché, il y a peu de temps à cinq mois, *d'un enfant né viable, mort quatre jours après.*

Son Wassermann-Hecht est partiellement *positif*.

Le malade est soumis au traitement novarsénobenzolique.

Très rapidement les lésions testiculaires s'améliorent, les douleurs disparaissent.

A la quatrième injection de 914, le malade abandonne le traitement pendant dix-huit jours ; lorsqu'il revient, il se plaint de douleurs dans le *testicule gauche*, qui paraît assez dur et indolore à la pression. *Il semble que par suite d'une véritable réactivation, la lésion se soit étendue du côté opposé.*

Le traitement est repris, cette fois, très sérieusement et à la fin de la *deuxième série de* 914, *l'appareil testiculaire épididymaire* est devenu des deux côtés *complètement normal*. La réaction de *Wassermann-Hecht* du sang, n'est pas encore tout à fait réduite. On continue le traitement.

Observation 47. — Albuginite Bilatérale légère (Cochin).

B... V..., 29 ans, pour des indurations des testicules qu'il a découvertes par hasard, il y a deux mois. Nie avoir rencontré le tréponème.

L'examen scrotal montre *à droite* un testicule augmenté de volume dans le sens transversal, très dur dans l'ensemble, et présentant en avant une plaque dure, indolore, marquée par un épanchement de moyen volume. On sent la tête épididymaire dure collée entre le pôle supérieur de la glande, le canal déférent normal contraste avec une *funiculite* assez marquée.

A gauche, le testicule paraît normal comme taille, comme consistance, comme sensibilité.

On sent cependant, sur sa face externe, près de son pôle supérieur, une petite plaque de blindage faisant face à une zone indurée qui siège sur la *tête épididymaire*.

Rien ailleurs.

On conclut à une Orchi-Epididymite syphilitique, mais le malade refuse l'examen du sang et à plus forte raison le traitement.

Observation 48. — Orchi-Epididymite gommeuse droite. Epididymite gauche (Cochin).

G..., Léon, 40 ans, entre à Cochin avec le Diagnostic d'Epididymite bacillaire, disgnostic d'autant plus légitimé que le malade a eu des hématuries et de la pollakiurie nocturne.

A peu près à la même époque, le testicule droit a commencé à grossir progressivement mais lentement. Il y a un mois, augmentation de volume brusque avec douleurs violentes nécessitant alitement et révulsion.

Antécédents personnels : opéré il y a deux ans d'un polype vésical. Ni Blennorragie, ni Syphillis.

A *droite*, le scrotum présente une large zone d'adhérence, d'infiltration, rouge violacée, lisse et amincie à son centre, prête à s'ouvrir. Elle correspond à deux bosselures du volume d'une noix, fluctuantes, siégeant vraisemblablement sur le testicule près de son pôle supérieur. La glande ainsi immobilisée en avant, est nettement augmentée de volume, surtout suivant son diamètre vertical. Elle est lisse par ailleurs, mais a perdu sa souplesse et sa sensibilité.

Il est difficile de délimiter l'Epididyme. Cependant, au milieu d'une grosse funiculite à l'origine du cordon, il semble que l'on puisse pincer un organe plus souple : la tête épididymaire. Le canal déférent, gros, indolore est en baguette de verre.

Du côté opposé le testicule est normal, mais *la tête épididymaire est dure, irrégulière, indolore.*

Contrastant avec ces lésions, le toucher rectal ne montre aucune modification prostato-vésiculaire.

Une ponction de la région fluctuante du testicule droit laisse sourdre une sérosité purulente, dans laquelle on n'a pas trouvé de Bacille de Koch.

L'examen des urines *totales* a décelé d'assez nombreux polynucléaires, de nombreux bâtonnets à gram négatif, pas de Bacille de Koch.

Malgré l'absence d'antécédents, malgré une *Réaction de Bordet-Wassermann* négative, on conclut à une *Orchi-Epididymite syphilitique* et on tente un traitement d'épreuve : Cy Hg. intra-veineux et KI per os.

Revu après la sixième injection : l'infiltration scrotale a beaucoup diminué, les zones fluctuantes se sont affaissées, la funiculite a diminué et on sent parfaitement la tête épididymaire qui est souple.

L'Epididyme du côté opposé diminue.

On continue le traitement au *Novarsénobenzol*, mais le malade repris de cystite avec hématurie l'abandonne.

Observation 49. — Orchite gommeuse du Testicule non améliorée par le traitement. Exploration sanglante (Cochin).

G... E..., 25 ans, a été pris, il y a deux mois, de douleurs dans le testicule droit qui a augmenté peu à peu de volume. Consulte quelques jours après, et comme le malade a eu une *Blennorragie*, il y a quelque temps, on pense à une *Orchi-Epididymite gonococcique* et on lui conseille le repos et la balnéation chaude.

Le malade n'étant pas amélioré, revient consulter quelque temps après.

Il présente un testicule droit piriforme à grosse extrémité supérieure ferme, à petite extrémité de consistance normale.

Sur la *face externe* de la zone ferme, on trouve un placard saillant dont le sommet est de consistance cartilagineuse, la base étant fluctuante.

Sur la face interne de la zone normale, on sent une crête transversale dure et indolore.

La tête épididymaire est normale. Le cordon et le canal déférent sont souples. On ne pince la vaginale qu'en bas et en dehors.

Sur la face externe du testicule gauche qui est très sensible, près de son pôle supérieur, on palpe un petit noyau dur assez profond.

Rien à signaler ailleurs.

On porte le Diagnostic de Syphilis du Testicule bilatérale, et on adresse le malade à un service voisin aux fins du traitement.

Plusieurs injections de Novarsénobenzol restant sans effet, le malade entre à l'hôpital pour *Exploration sanglante.*

Opération du Testicule droit. — Ouverture de la vaginale qui est libre et contient une quantité infime de liquide. Pas de traces d'albuginite même au niveau de la partie saillante et fluctuante. Incision sur ce point. On arrive sur une gomme. Après excision d'un fragment on referme par suture soignée de l'albuginée. *Réunion per primam.*

L'*Examen histologique* confirme le Diagnostic de *Syphilis.* On remet le malade au traitement anti-syphilitique.

Observation 50. — Orchite Syphilitique gauche. Grosse funiculite (M. Chevassu).

D..., 36 ans, souffre depuis dix à douze jours dans le testicule gauche. A eu, il y a sept ans, un chancre du prépuce accompagné d'adénopathie froide et indolente.

Le testicule gauche du volume d'un œuf de poule présente sur son versan gauche près de son pôle supérieur, une plaque assez étendue, dure, régulière indolore sur laquelle on ne sent plus de pincement de la vaginale.

Au-dessous d'elle, près du pôle inférieur de la glande qui, par ailleurs paraît lisse, diminuée de souplesse et de sensibilité, se trouve une dépression circulaire de la vaginale. Celle-ci, qui est irrégulièrement épaissie, peut être pincée en avant du testicule ; elle adhére par ailleurs. L'Epididyme nettement délimitable sur tout son trajet, apparaît normal, mais le canal déférent est plus gros et plus dur que l'opposé. Le reste du cordon est fondu par une *funiculite* irrégulière et dure.

La prostate et les vésicules sont, cependant, saines.

Observation 51. — Orchi-Epididymite Syphilitique gauche. Gommes du Cordon (*M. Chevassu*).

B..., 67 ans, entre à l'hôpital Necker pour une tumeur intra-scrotale gauche, qu'il a remarquée, il y a une quinzaine, parce qu'il y ressentait une lourdeur et des tiraillements dans le bas-ventre.

Depuis son début apparent, le volume en est resté stationnaire, l'évolution en est froide et indolore.

Le malade nie toute affection vénérienne, aucun trouble urinaire. Le testicule droit est normal.

Le testicule gauche se présente sous la forme d'une tumeur du volume d'un œuf de canard. Il est libre dans la cavité scrotale, dont les téguments sont cependant tendus, rouges (intertrigo) et épaissis.

Aux deux extrémités de la tumeur testiculaire : deux zones fluctuantes, indolores, transparentes (hydrocèle).

Entre les deux zones, coiffant la partie antérieure de la glande et empiétant sur ses deux faces : une masse dure, irrégulière, bosselée, opaque, indolore.

La partie inférieure de la tumeur est souple et on y réveille la sensibilite testiculaire. En remontant, une bosselure en Y, dure, étendue : ce paraît êtré la tête épididymaire intimement unie au segment initial du cordon.

Le cordon, à peu près normal à son origine, présente à un cm. au-dessus du pôle supérieur de la tumeur et à l'orifice externe du canal inguinal, une bosselure irrégulière, indolore de la taille d'une grosse noisette.

La prostate est normale, les urines claires. Le canal perméable à l'exploration.

La réaction de Wassermann est très positive.

Le malade soumis au traitement mixte (Benzoate de Hg et KI) s'améliore rapidement.

Observation 52. — Orchite Bilatérale, peut-être congénitale, traitée par des injections de 606 (M. *Chevassu*).

C..., âgé de 25 ans, présente une tuméfaction de la bourse droite. Le malade raconte qu'il y a trois mois, a remarqué par hasard, des irrégularités de son testi-

culé droit qui, depuis, a augmenté progressivement et sans douleur jusqu'à ce jour.

Nie avoir rencontré le tréponème. A eu une Blennorragie il y a trois ans, dont une goutte matinale persiste encore.

Actuellement le testicule droit, du volume d'un œuf de poule, présente à sa partie antérieure, occupant les deux tiers supérieurs de la glande, une vaste noyau résistant, lisse, arrondi, indolore, au niveau duquel la vaginale adhère : gomme probable.

Au-dessous au pôle inférieur, une zone plus molle mais complètement insensible. On y pince la vaginale.

L'Epididyme, le canal déférent, le cordon, la prostate sont normaux.

A gauche, on sent au pôle inférieur du testicule près de la queue épididymaire un noyau dur, indolore pareille à une moitié de noisette, incluse dans la glande.

Rien par ailleurs, sauf *une taie sur l'œil droit.*

Les antécédents héréditaires ou collatéraux n'ont pu être précisés.

Quatre jours après la *première injection de* 606 (0 gr. 50) le testicule diminue de volume et le noyau y inclus se ramollit.

Les jours suivants, la résorption continue, si bien que le dixième jour, lors de la deuxième injection de 606 (0 gr. 40) il ne reste plus qu'un noyau petit et dur à la partie antéro-externe du testicule droit, tandis que la nodosité du testicule gauche a complètement disparu.

II. — ORCHI-EPIDIDYMITE ATTÉNUÉE

Observation 53. — Orchi-Epididymite syphilitique typique méconnue du malade.

M..., âgé de 38 ans, consulte à *Saint-Louis*, pour des syphilides papulo-tuberculeuses de la face (front et nez) du cuir chevelu, des syphilides végétantes des bourses et ulcéreuses du prépuce.

Un examen systématique découvre, à gauche, un testicule de volume à peu près normal, résistant et insensible dans l'ensemble, et présentant au milieu de sa face externe, une plaque de blindage dur et indolore et un noyau de la queue épididymaire (séquelle probable d'épididymite gonococcique).

Revu après cinq injections de Bismuth S. M. : tandis que les lésions cutanées se détergent, le testicule gauche recouvre sa sensibilité et l'induration médiane diminue.

III. — FORMES LIQUIDIENNES

Observation 54. — Hydrocèle symptomatique d'une Orchi-Epididymite syphilitique découverte à l'intervention et confirmée par l'examen histologique (Cochin).

T... H..., 25 ans, consulte pour une tumeur des bourses. Il y a quatre mois, a commencé à ressentir de la pesanteur dans les bourses et s'aperçoit de l'augmentation progressive de la région scrotale gauche, qui devient lourde, lui provoquant par moments, des tiraillements à irradiations lombaires. Le port du suspensoir le soulage.

Antécédents personnels. — Blennorragie depuis 5 ans, à rechutes fréquentes. Il y a deux ans, a eu un chancre syphilitique du gland confirmé par un examen ultra-microscopique. *Traité par cinq injections de 914 et deux de Hg.*

Examen :

Le scrotum aminci et tendu couvre une tumeur irréductible du volume d'un œuf de dinde, lourde, rénitente, peut-être plus dure en arrière, lisse et indolore. La tension ne permet pas de palper le testicule.

Le cordon est souple et ses éléments dissociables.

Le déférent est normal. Rien à la prostate.

Examen à la lumière :

Il existe en bas une large zone opaque, correspondant vraisemblablement à un testicule augmenté de volume. En dehors de cette zone, le reste de la tumeur est uniformément transparente.

On intervient avec le Diagnostic d'*Hydrocèle* peut-être symptomatique.

Opération :

Oouverture de la vaginale, écoulement d'un liquide citrin. Eversion et examen du testicule. Il est gros. La séreuse qui le recouvre est très vascularisée, avec des épaississements localisés et quelques taches blanchâtres.

Epididyme très augmenté de volume, surtout à la tête et à la queue. Deux petites incisions sur le testicule montrent que le *parenchyme ne fait pas hernie*, on en prélève un fragment.

Il s'agit de Syphilis testiculaire probable.

Sutures au catgut. Retournement de la vaginale.

Fermeture en deux plans au catgut et aux crins.

Huit jours après, le malade quitte l'hôptal pour suivre un traitement anti-syphilitique. La plaie est cicatrisée. Le testicule gauche est gros et dur dans l'ensemble.

L'examen *histologique* du fragment de Biopsie montre :

1° Une albuginée épaissie, irrégulière et de-ci, de-là de petits infiltrats inflammatoires.

2° Les tubes testiculaires sont à parois épaissies, à contenu atrophié. Entre les tubes, des infiltrations de lymphocytes formant, par endroits, de véritables petites gommes.

Observation 55. — Grosse Hydrocèle en rapport avec une Orchite gommeuse.

Gomme funiculaire. Castration (M. *Chevassu*).

Grosse Hydrocèle droite avec prolongement supérieur autour duquel font saillie plusieurs noyaux pisiformes (on en sent quatre, dont un au milieu du cordon) à son origine, pourrait être pris à la rigueur pour *une tête épididymaire*. Prostate et vésicules normales. Malade en puissance de Syphilis, qui a subi un traitement il y a peu de temps.

Malgré cela, M. *Chevassu* conseille un traitement anti-syphilitique énergique. Quelque temps après, ne tenant pas compte de ces conseils, le malade est castré.

On apporte la pièce à M. *Chevassu*, avec le Diagnostic de Tuberculose.

Il constate à l'origine du cordon, des noyaux de funiculite et la palpation permet de sentir de nombreux noyaux à l'intérieur du testicule.

Une coupe antéro-postérieure de la glande, montre qu'il s'agit de plusieurs gommes.

Avec le liquide gommeux on inocule un cobaye qui meurt d'infection.

On y recherche le Bacille de Koch, sans l'y trouver.
L'*examen histologique* confirma le Diagnostic de notre maître.

Observation 56. — Hydrocèle bilatérale avec Vaginalite. Opération : Syphilis du Testicule (M. Chevassu).

Malade âgé de 20 ans, ne parlant pas le français. Impossible de connaître les antécédents.

Examen clinique :

A gauche : la tumeur fluctuante et transparente en haut, à tout à fait la forme d'*un kyste épididymaire.*

Le testicule est en effet en bas indépendant et plongeant dans la tumeur par son pôle supérieur. En arrière de lui, on sentune *tête dure* qui semble être l'Epididyme, mais entre cet Epididyme et le Testicule, on arrive en pressant, à sentir une large dépression dans laquelle il y a certainement du liquide.

Est-ce une Hydrocèle simple ou un kyste de l'Epididyme ? Cliniquement, on doit dire *Kyste de l'Epididyme*, mais où est cet Epididyme ? *On ne le pince pas au pôle supérieur de la tumeur*, mais on sent en arrière de ce pôle un cordon ferme. C'est peut-être l'Epididyme !

Au-dessous, toujours en arrière à la partie moyenne, autre zone dure.

A droite : Hydrocèle manifeste peu tendue.

Opération :

A gauche : Enucléation de la tumeur. Sa palpation ne donne pas plus de renseignements que le palper clinique.

Incision sur zone transparente : écoulement d'un liquide citrin abondant, qui permet de se rendre compte qu'il s'agit d'*hydrocèle symptômatique.*

La vaginale est très vascularisée.

L'Epididyme est reconnaissable au niveau de la queue et au-delà : la crête dure qu'on sentait à l'examen, appartient à la queue épididymaire enfouie dans les adhérences. L'induration paraît plutôt périépididymaire et ne donne nullement l'impression d'un noyau tuberculeux.

La face interne du testicule est sillonnée de vaisseaux venus de la vaginale pariétale. Le bord antérieur de la glande est divisé en deux par une large bride à peu près horizontale. L'albuginée est irrégulière. En une zone paraissant saine sur la face antérieure, une *incision exploratrice montre que le parenchyme testiculaire fait moins facilement hernie que d'habitude.*

Excision d'un fragment :

La vaginale pariétale maintenant éversée, paraît très malade. On y reconnaît plusieurs zones très épaissies, plus blanches que le reste anormalement vascularisé ; elle est parcourue par des brides d'aspect cicatriciel. Sa résection est difficile vu son adhérence.

A droite : même liquide mais beaucoup moins abondant.

L'aspect du Testicule est comparable à celui du côté opposé.

Il est divisé en deux par une bride transversale qui étrangle son bord antérieur et ses deux faces.

L'*Epididyme*, mises à part quelques adhérences, paraît normal.

La face externe du Testicule comme du côté opposé, est très vascularisée par des vaisseaux en arcade, qui montrent qu'il s'agit d'adhérences pathologiques et non d'une réflexion anormale reportée en avant.

La vaginale pariétale est épaissie. Retournement.

Examen macroscopique de la vaginale excisée.

La séreuse épaissie présente deux centres d'épaississement : l'un a les dimensions d'une pièce de deux francs, l'autre, d'une pièce de 0 fr. 50. En un point, il y a comme une ulcération à fond et à bords irréguliers.

Examen microscopique :

Vaginale : foyers inflammatoires accentués, accompagnant les vaisseaux.

Testicule : pas de phénomènes inflammatoires du type gomme, mais une sclérose énorme des tubes, qui présentent une paroi épaissie et une lumière diminuée.

Parmi eux cependant, plusieurs vont jusqu'au stade spermatozoïde.

IV. — ORCHI-EPIDIDYMITE SYPHILITIQUE FISTULISÉE

Observation 57. — Hypertrophie prostatique. Gomme fistulisée du Testicule gauche. Ictus.

Mort (Cochin).

M... M..., 78 ans, présente depuis deux mois environ, une bourse gauche augmentée de volume et douloureuse.

Actuellement, sur la face antérieure du scrotum gauche, violacée et amincie, adhérent, une fistule à bords nets et à pic, par où s'écoule un liquide séro-purulent et des débris sphacélés.

Le testicule du volume d'un œuf de dinde est gros, douloureux en avant, insensible en arrière, lisse, de consistance inégale.

Il est impossible de délimiter dans la masse ce qui appartient à l'Epididyme.

Le malade est par ailleurs un rétentionniste chronique, sans distention par suite d'une hypertrophie prostatique. Les urines sont louches.

Réaction de Wassermann : faiblement positive.

Décédé brusquement six jours après : ictus apoplectique probable.

V. — FONGUS

Observation 58. — Fongus du Testicule droit. — Orchi-Epididymite du Testicule gauche cédant mal au traitement (Cochin) (Photogr.).

S..., âgé de 45 ans, de nationalité polonaise, ne parlant pas le français, entre à Saint-Louis pour une ulcération des bourses et du front.

Il est impossible d'avoir des précisions sur le passé du malade ou sur le début des lésions actuelles.

Il présente actuellement sur la face antéro-externe du scrotum gauche qui est aminci, déplissé, rouge violacé, une vaste ulcération, dépassant la taille d'une pièce de deux francs ; à peu près circulaire, à bords nets à pic, à travers laquelle saillit une tumeur jaunâtre parsemée, dans sa partie inférieure, de gros bourgeons rouges, tomenteux, mûriformes, non saignants, tandis que plus haut elle est encore bridée par un pont de tissu brunâtre qu'elle semble avoir fait éclater.

Cette tumeur représente le testicule avec ébauche de Fongus. La glande très

augmentée de volume, 10 cm. de long sur 9 cm. de large, est ovoïde, lisse par ailleurs ligneuse et indolore.

Du côté opposé :

Le testicule gauche plus volumineux encore, constitue une masse ovoïde, uniforme, dure, indolore, dans laquelle on ne peut plus reconnaître aucun des éléments habituels. Nulle part on ne peut pincer la vaginale.

Des deux côtés, le canal déférent reconnaissable très haut, est normal ; le cordon est souple, la prostate bien délimitée.

Sur la région frontale gauche, on voit une vaste ulcération des dimensions d'au moins une pièce de cinq francs dont les bords en pente douce, sont rouges grenat et vermoulus, délimitant dans sa profondeur, une petite surface où l'os est à nu.

La réaction de Bordet-Wassermann est très positive.

On commence le traitement par cinq injections de Cy de Hg qui produisent une néphrite albumineuse simple, on le continue par du Novarsénobznzol intra-veineux.

A la troisième dose que le malade tolère fort bien, l'os frontal n'est plus à nu, le fongus se déterge, l'ulcération scrotale diminue. Le traitement au 914, est continué à doses croissantes et élevées. A partir de la cinquième injection cependant, l'état du malade reste stationnaire. Bien plus, il semble qu'après la huitième piqûre, l'ulcération scrotale augmente, tandis que la gomme frontale est en bonne voie de cicatrisation.

L'état ne s'améliorant pas au bout de quinze jours, nous conseillons l'iodure de K. On fait prendre au malade 4 gr. de KI pro die. Au quatrième jour, la température s'élève, l'état général est mauvais, le malade abattu ne mange pas. Localement apparaît un énorme œdème éléphantiasique des bourses, qui sont rouges, douloureuses, impressionnantes.

Bien entendu, on cesse l'iodure.

Ces symptômes locaux généraux rétrocèdent complètement en quelques jours. L'on assiste alors, soit par suite du choc, soit par une véritable sensibilisation de l'organisme à l'égard des traitements antérieusement suivis, à une amélioration locale rapide. Le testicule s'aplatit, l'ulcération scrotale diminue tous les jours, et un mois après, bien que l'on cessât tout autre traitement local en général, le testicule droit méconnaissable était devenu petit et souple, coiffé d'une tête épididymaire presque normale. L'ulcération s'était cicatrisée en partie, il ne persistait qu'une fistulette en cul de poule adhérente à la glande, au milieu d'un placard scrotal encore infiltré.

Du côté opposé, l'évolution avait été différente.

A la suite *de l'iodure*, le testicule gauche avait augmenté de volume, au point que l'on craignait une dégénérescence, puis au bout de quinze jours, il se mit à diminuer légèrement.

C'était maintenant un œuf de poule lisse, rénitent en avant, dur en arrière, au-dessus duquel on sentait la tête épididymaire sensible, tandis que nulle part on ne pouvait pincer la vaginale. Nous décidâmes alors de faire faire une exploration sanglante.

En voici le compte rendu :

Incision de la vaginale *très adhérente* à la surface du Testicule. Le testicule, très augmenté de volume, a dans son ensemble un aspect jaunâtre. Sa consistance est irrégulière.

Incision de l'albuginée. Il n'y a pas de substance propre du testicule, on tombe dans une masse dure, d'aspect jaunâtre, d'allure gommeuse, dont on prélève un fragment pour examen histologique.

Examen microscopique (Dr Giroux) :

Masse nécrotique sous-jacente à une *albuginée* épaissie, scléreuse et dissociée par des amas inflammatoires, à disposition dans l'ensemble plutôt périvasculaire, foyers à lymphocytes et à cellules épithélioïdes sans *disposition vraiment régulière* comme dans la Tuberculose.

Absence de cellules géantes. Le tissu fibreux de l'albuginée se continue avec un tissu scléreux inflammatoire nécrotique.

Cette nécrose se caractérise par la *persistance des travées conjonctives et des fibres élastiques.* Dans cette nécrose, les éléments cellulaires conservent un certain temps leur forme et prennent l'aspect fibrinoïde.

Observation 59. — Fongus syphilitique du Testicule vraisemblablement héréditaire, réveillé à l'occasion d'une Orchi-Epididymite urinaire (Cochin).

J..., âgé de 70 ans, a été pris, il y a une dizaine de jours, de fièvre et de fortes douleurs dans la bourse droite rouge et augmentée de volume. Malgré le repos et la révulsion, ces signes augmentent, pour rétrocéder, il y a 48 heures, avec l'ouverture de la bourse et l'issue d'une matière purulente.

Le malade, ancien infirmier encore très vert malgré son âge et intelligent, nie avoir eu la Syphilis. Sa femme est morte en couches. Il a eu six enfants, dont cinq sont bien portants, mariés, pères de famille. Un seul, étant mort en bas âge.

Pupille de l'assistance, n'a pas connu ses parents. A toujours été bien portant, mais à l'*âge de* 14 *ans*, à l'*occasion d'une chûte sur le périnée*, le malade aurait eu une Orchite fistuleuse *gauche ayant entraîné la fonte du testicule, et soignée par des pilules.*

Il y a trois mois, est entré dans le service où il a été *prostatectomisé* (en un temps). Peu de jours après l'opération, se déclare une Orchi-Epididymite *droite* qui dure quinze jours, et le malade quitte l'hôpital apparemment guéri. Il y rentre un mois après.

Actuellement :

La peau scrotale présente à droite, une couleur rouge violacée, œdémateuse à la périphérie, un aspect lisse, tendu, inflammatoire au centre.

A son milieu, une ulcération de la taille d'une pièce de 0 fr. 50, régulière, à bords nets, rouges, à pic, par laquelle fait à peine hernie (1 cm.) une substance jaune clair, recouverte d'une croûte adhérente brun foncé. Cette ébauche de *fongus* et l'adhérence du scrotum fixent l'organe sous-jacent, dont les contours se dessinent à l'œil nu.

Et de fait, la palpation qui nulle part n'est *douloureuse*, montre qu'il s'agit du *testicule*, pas très *augmenté* de volume, faisant hernie au centre, adhérent à ses extrémités et coiffé à sa partie postérieure par *un Epididyme gros, lisse, régulier à la queue, souple et petit à la tête.*

Le canal déférent est *plus gros et plus dur* que normalement. Il y a une funiculite importante.

Le malade vide spontanément sa vessie, ses urines sont claires, pas de résidu, et le testicule rectal est négatif.

Du côté opposé, le testicule gauche n'est plus représenté que par un petit moignon indolore appendu au canal déférent.

L'examen complet du malade ne nous a absolument rien révélé.

La réaction *de Hecht* est négative.

Et cependant, nous pensons à un fongus syphilitique réveillé par un Orchi-Epididymite urinaire chez un malade ayant eu en son jeune âge, une Orchi-Epididymite gommeuse, et nous commençons le traitement.

KI per os; Cy Hg intra-veineux alternant avec Quinby intra musculaire.

Les premières injections semblèrent confirmer notre Diagnostic, au grand regret du malade qui se refusait à toute idée de Syphilis.

L'inflammation disparut, la croûte tomba, l'ulcération diminua et aussi les sécrétions, qui s'en écoulaient.

Mais cette amélioration certaine ne persista pas, l'état apparaissait stationnaire, bien plus, les bords de l'ulcération devinrent exubérants, et formaient une collerette à travers laquelle sortait au milieu d'une sérosité purulente, augmentée par la pression testiculaire, un tissu mortifié, jaune clair, fragmenté, pareil à l'étoupe, qu'on pouvait attirer au dehors sans aucune douleur.

La *castration* est alors décidée. Elle se fait très simplement et quelques jours après, le malade guéri quitte l'hôpital.

Examen histologique :

L'*Epididyme* est soudé par du tissu inflammatoire au testicule, qui adhère à la peau.

Il est le siège de lésions inflammatoires et scléreuses.

En un point près du voisinage de l'Epididyme, on trouve un reste de testicule reconnaissable, constitué par des tubes revenus sur eux-mêmes, à parois considérablement épaissies et dont l'épithélium de revêtement a en partie disparu. Le tout est plongé dans un tissu inflammatoire constitué par des lymphocytes.

Fongus :

La masse testiculaire proprement dite, très atrophique, est remplacée par un immense fongus.

A la périphérie lésions de sclérose très *prononcées* portant sur les nerfs et sur les vaisseaux. Les nerfs sont atteints d'*endonévrite* très accusée, les vaisseaux de *périartérite* avec *grosse endartérite oblitérante.*

Toutes ces lésions parsemant un tissu inflammatoire, sans que nulle part il y ait une plage de nécrose ni gomme nette.

Le Fongus lui-même est constitué de granulations abondamment vascularisées, par des bourgeons charnus, par un tissu dont la surface paraît s'épidermiser.

A la surface du tissu de granulations et à l'intérieur des vaisseaux de nombreux polynucléaires, qui plus bas, sont progressivement remplacés par des lymphocytes et des plasmazellen, de sorte qu'il n'y a pas de *limite nette entre le fongus et la masse testiculaire.*

Conclusion : *les lésions vasculaires et nerveuses, les foyers inflammatoires, paraissent donc en faveur d'une Syphilis testiculaire.*

Observation 60. — Fongus du Testicule droit. Association Blenno-Syphilitique probable (Cochin).

L..., F..., âgé de 28 ans, entre dans le service pour « abcès » de la bourse droite.

A la suite d'une Blennorragie contractée, il y a deux mois et demi, le malade

présenta le 13 janvier dernier, une Orchi-Epididymite droite, qui nécessita un repos au lit de *dix jours* dans un service voisin.

Le 1er février, soit sept jours après, alors que l'appareil testiculo-épididymaire droit semblait être redevenu normal (un noyau à la queue épididymaire excepté) le malade s'aperçoit que sa bourse droite augmente à nouveau de volume, quoique restant indolore. Très rapidement, dit-il, il s'y forme une sorte d'*abcés* du volume d'un œuf de pigeon, qui l'oblige à venir consulter.

Actuellement à l'examen alors que le testicule gauche est parfaitement normal, le *testicule droit* présente en avant une tuméfaction fluctuante, rouge, peu douloureuse sur le point de s'ouvrir sur la face antérieure du scrotum.

En arrière d'elle, à peine séparée par une région dure et indolore, on sent un Epididyme dont le corps et la queue surtout, sont augmentés de volume sans trop, très durs et sensibles.

La tête, au contraire, *est souple*, on la pince facilement, mais non sans douleur.

Le cordon est le siège d'une grosse *funiculite*, et le canal déférent est plus dur et plus gros que du côté opposé.

La prostate présente un cadre droit un peu plus ferme tandis que la vésicule, du même côté, apparaît légèrement perceptible.

Les urines claires dans le deuxième et troisième verres sont louches avec gros filaments purulents dans le premier. L'examen du pus uréthral a démontré la prèsence de gonocoques.

Rien à l'appareil respiratoire.

Aucun antécédent, et en particulier le malade affirme ne pas avoir rencontré le tréponème.

Deux jours après, la *tuméfaction testiculaire est ponctionnée*.

Il en sort un liquide *séro-purulent* dans lequel on n'a pas trouvé de Bacilles de Koch. *Dès le lendemain*, s'installe au lieu de ponction, une *fistule* sur la face antérieure du scrotum.

Six jours après, par l'ulcération scrotale qui a grandi peu à peu, au point d'atteindre la taille d'une pièce de un franc, apparaît une masse bourgeonnante, qui saille légèrement à la surface. Rouge, irrégulière, peu saignante, indolore, c'est un Fongus testiculaire entouré par des bords à pic, ourlés, violacés.

Sous le fongus qui en dépend, la palpation permet de reconnaître le testicule qui est petit et qui a conservé une certaine sensibilité.

Les annexes de la glande restent ce qu'ils étaient à l'entrée du malade à l'hôpital.

L'examen du sang pratiqué, il y a quelques jours, donne le résultat suivant :

Hecht : *faiblement positif.*

Wassermann : très faiblement positif.

Calmette : négatif.

On soumet le malade au traitement par le *Stovarsol* : trois comprimés à 0 gr. 25 pendant huit jours.

L'ulcération scrotale et le fongus diminuent progressivement, mais lentement, si bien que onze jours après, il existe encore une ulcération bourgeonnante de la taille d'une pièce de 0 fr. 50.

On commence le traitement *novarsénobenzolique*, trois jours après, la première injection de 0 gr. 15, la cicatrisation est complète.

Le testicule nettement diminué, recouvre peu à peu sa consistance et sa sensibilité.

La queue épididymaire reste indurée. Il y a encore des gonocoques dans le pus uréthral.

Voici donc une observation intéressante à plusieurs points de vue :

1° L'association presque certaine d'Orchi-épididymite blennorragique et syphilitique ;

2° Rapidité de la formation du Fongus en rapport probable avec la ponction de la gomme ;

3° L'influence curative lente du Stovarsol, contrastant avec la remarquable efficacité de 914.

VI. — ORCHI-EPIDIDYMITE SYPHILITIQUE A PRÉDOMINANCE EPIDIDYMAIRE

Observation 61. — Orchi-Epididymite droite à prédominance épididymaire. — Guérison absolue par traitement prolongé (Cochin-Boucicaut).

V..., 45 ans, consulte pour une grosseur du testicule droit, apparu sans douleur, il y a sept semaines.

Le malade a été déjà examiné dans deux hôpitaux, où l'on a conclu à une Epididymite tuberculeuse. C'est pour y être opéré qu'il est envoyé à Cochin.

Fils de parents actuellement encore bien portants, a eu six frères ou sœurs morts en bas âge. Blennorragie il y a seize ans, nie avoir eu *la Syphilis*.

Présente au niveau du testicule droit, deux très grosses bosselures, et l'on serait un peu dérouté si la recherche du déférent et son origine ne montraient pas qu'il y a inversion testiculaire.

Donc l'*Epididyme est en avant* présentant un gros noyau (grosse noisette), dur, indolore à la tête, puis au-dessous, ayant envahi toute la queue et les trois quarts du corps de l'organe, une infiltration volumineuse *à peu près régulière, dure*, indolore, véritable niche pour un testicule petit, sensible, sur lequel, cependant, on sent près de son pôle inférieur, sur son versant externe, deux petites plaques pisiformes et un grain de mil.

Il n'y a rien à la prostate ni aux vésicules. Comme les urines sont claires et sans filaments, bien que le testicule opposé soit normal, et à cause de petites irrégularités testiculaires droites, on fait une réaction de Bordet-Wassermann qui à la stupéfaction du malade est *positive*.

Le traitement au 914 fut immédiatement institué.

L'amélioration survint rapide. Les lésions testiculaires disparurent d'abord, les lésions épididymaires rétrocédèrent ensuite — mais lentement — à laqueue d'abord, si bien qu'un an après quatre séries de 914, il ne *persistait plus qu'un petit noyau très dur, à la tête de l'Epididyme droit.*

Actuellement, soit deux ans après un traitement suivi, régulier intensif, (Novarsénobenzol et Bismuth) avec des repos très courts, Testicule et Epididyme sont devenus absolument souples et normaux.

Observation 62. — Orchi-Epididymite gauche à localisation presque exclusivement épididymaire, (Hôtel-Dieu).

M... G..., 49 ans, entre à l'hôpital parce que la bourse gauche a considérablement augmenté de volume depuis quatorze mois et qu'elle est ulcérée depuis quinze jours.

Antécédents personnels. — Blennorragie, pas d'antécédents tuberculeux. Jamais de Syphilis. *Marié depuis douze ans pas d'enfants.*

Antécédents héréditaires. — N'apas connu ses parents.

Examen : la bourse gauche très augmentée de volume, présente, à sa partie inférieure, une ulcération de la taille d'une pièce de deux francs circulaire à contours réguliers, à bords à pic et indurés. Le fond en est sanieux, tomenteux avec quelques émergences charnues. Le scrotum tendu, par ailleurs, apparaît lisse, aminci et violacé autour de l'ulcération.

Le Testicule non augmenté de volume, rénitent, sensible en avant, présente sur le segment postérieur de son versant interne, trois nodules pierreux, insensibles.

A ses extrémités on sent encore le sillon inter épididye testiculaire qui est effacé au centre.

L'Epididyme est très augmenté de volume. La tête est grosse, irrégulière, bourrée de nodules, donnant l'impression de grains de plomb. La queue est plus volumineuse encore et bosselée. L'ulcération en dépend et lui est reliée par un cordon induré d'un cent. environ. La partie moyenne de l'Epididyme déborde de chaque côté du Testicule qui est, donc, engaîné de toutes parts, sauf en avant.

On pince la vaginale en avant du testicule, elle paraît adhérente ailleurs.

Le cordon est infiltré à son origine, on y sent un petit noyau dur et indolore. *Le canal déférent, la prostate et les vésicules contrastant avec les lésions épididymaires sont tout à fait normales.*

Il existe une adénopathie inguinale et même iliaque gauche.

Le testicule droit est normal.

L'examen complet du malade n'a rien révélé.

La réaction de Wassermann est très positive.

On commence le traitement Novarsénobenzolique et déjà à la deuxième injection, l'ulcération scrotale a diminué de trois quarts, les lésions épididymaires rétrocèdent, mais plus lentement.

Observation 63. — Orchi-Epididymite syphilitique latente à prédominance épididymaire chez un malade atteint de Syphilides cutanéo-muqueuses.

N..., âgé de 32 ans, consulte à *Saint-Louis* pour des Syphilides ulcéreuses du gland et papulo-tuberculeuses de la face antérieure de la jambe.

Un examen systématique nous permet de découvrir : un testicule gauche augmenté de volume, très dur, insensible à sa partie moyenne et son pôle inférieur. L'Epididyme intimement uni au testicule est gros, présentant à la tête et à la queue deux noyaux *irréguliers* de la taille d'une noisette bosselée très dure, indolore.

Sur la face externe du testicule droit souple et sensible, près de son pôle supérieur : un petit grain de plomb.

Urines claires sans filaments. Rien à la prostate ni aux vésicules.

Antécédents personnels. — Jamais de Blennorragie, chancre, il y a cinq ans,

traité par des pilules. *Marié.* Femme apparemment bien portante, a fait une fausse-couche de deux mois, il y a trois ans. Deuxième couche, à peu près normale qui a nécessité un Wassermann à cause du volume du placenta.

Revu après quatre injections de 914 :

Le testicule gauche a recouvré sa sensibilité et sa souplesse. Les noyaux épididymaires ont diminué notablement.

VII. — EPIDIDYMITE SECONDAIRE

A) Forme Nodulaire.

Observation 64. — Epididymite bilatérale, plus accusée à gauche, avec petites plaques d'albuginite. *Darier* (1895).

X..., 31 ans, a eu un chancre de la verge, il y a deux mois. La roséole, il y a trois semaines, très mal traité.

Actuellement : séquelle de Syphilis secondaire, adénopathies multiples, plaques muqueuses amygdaliennes, céphalées.

Depuis une dizaine de jours, accuse des douleurs aux bourses avec augmentation progressive des « testicules ».

A l'examen :

A gauche la queue et surtout la tête épididymaire présentent des noyaux durs, arrondis, indolores, du volume d'un gros pois ; on en sent trois dans la tête, un au milieu, et deux ou trois noyaux confluents dans la queue.

A droite. — Inversion testiculaire.

L'Epididyme renferme dans sa tête, trois ou quatre bosselures de la taille d'un demi-pois reposant sur une base commune. Il y en a autant à la queue. Le corps est indemne.

Les testicules des deux côtés sont un peu volumineux. Sur chacun d'eux, sur la face externe, en un point de leur bord répondant à la partie moyenne, une petite induration mal limitée.

Le *cordon spermatique* normal à gauche, légèrement renflé à droite près de sa terminaison.

Observation 65. — Epididymite secondaire tardive, bilatérale, plus accusée à gauche (Boucicaut). (Fig. 11.)

L.... consulte pour une lésion oculaire.

A eu, il y a quatre ans, trois accidents primitifs, traité au Novarsénobenzol pendant deux ans, mais irrégulièrement et insuffisamment. Il y a un mois, se fait faire un examen du sang à Boucicaut.

Comme il est négatif, on lui conseille l'expectative. Depuis trois jours, lésions oculaires et buccales :

Actuellement : Iritis droit. Plaques muqueuses de la lèvre supérieure. Roséole légère (de retour). Micropolyadénie généralisée et surtout énorme, ganglion épitrochléen, Grosse rate. Céphalées.

A l'*examen des Epididymes.*

Epididyme droit a une forme générale en point d'exclamation à l'extrémité effilée inférieure.

La tête, grosse dans l'ensemble, est libre, mais très sensible, présentant en dehors une incrustation en demi-pois.

On en sent une autre plus petite, au niveau du corps.

Tout à côté d'elle, sur le testicule adjacent, une plaque indurée douloureuse.

Epididyme gauche : pareil au droit, mais sa tête est beaucoup plus grosse, plus sensible et adhérente au testicule. En avant d'elle on pince une hydatide pédiculée.

Cordons souples. Prostate et vésicules normales, urines claires. Sa femme est enceinte de deux mois. La réaction de Wassermann-Hecht est positive chez tous deux.

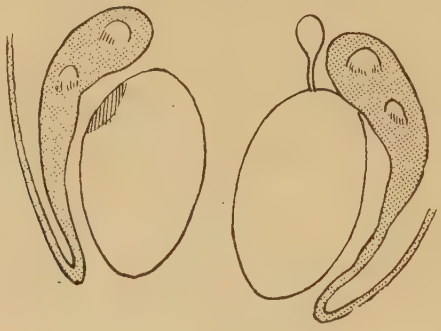


Fig. 11.

Après la deuxième injection de 914, le malade ne souffre plus de son œil qui est toujours rouge. Les plaques muqueuses et la plaque testiculaire ont disparu. Les Epididymes sont moins sensibles.

Après la cinquième injection de Novarsénobenzol. L'Epididyme droit et gauche sont normaux, à gauche, il persiste une petite irrégularité à la tête.

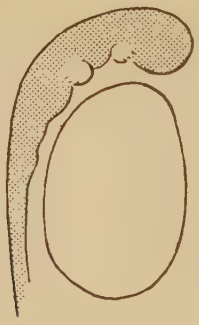


Fig. 12. — Schéma d'Epididyme secondaire (forme nodulaire).

Observation 66. — Epididymite secondaire gauche (Saint-Louis).

B..., 23 ans, accident primitif du gland il y a deux mois. Roséole il y a trente jours.

Actuellement : Syphilides papulo-folliculaires. Quelques-unes purpuriques, d'autres, papulo-squameuses généralisées. Syphilides ulcéro-papuleuses de la

verge et du scrotum. Syphilides végétantes de l'anus. Syphilides érosives des amygdales. Ni fatigue, ni céphalée, ni alopécie; micropolyadénie, grosse rate.

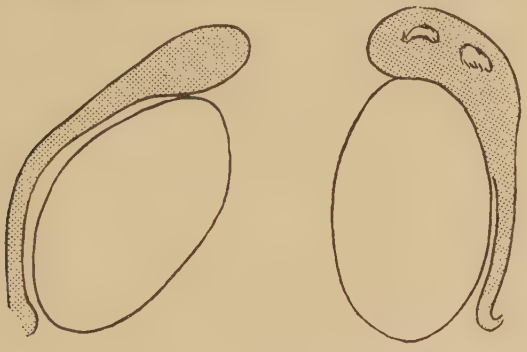


Fig. 13.

Epididyme gauche augmenté de volume, présente à la tête une induration pareille à un petit pois dur, irrégulier, sensible.

Observation 67. — Epididymite secondaire gauche (Saint-Louis).

C..., 35 ans, présente des *Syphilides psoriasiformes* généralisées et une *tête épididymaire gauche* tuméfiée, collée au testicule, *irrégulière et très sensible.*

Revu un mois après : l'Epididyme est devenu normal.

Observation 68. — Epididymite secondaire droite. — Kyste de l'Epididyme (Saint-Louis).

L..., Mohamed, présente des syphilides papuleuses et papulo-squameuses de la face, du thorax, des mains.

L'*Epididyme droit,* contrairement au gauche, qui est mince, souple, effilé, est augmenté de volume, au niveau de la tête et du corps, qui présente une forme

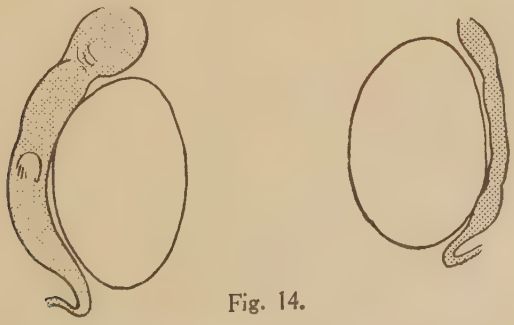


Fig. 14.

à peu près cylindrique. A la partie moyenne de l'organe, on sent la saillie *douloureuse* d'un demi-pois dur.

En avant de la tête : une véritable noisette, indolore, rénitente, lisse, régulière : kyste ?

Rien au toucher rectal. Pas de Blennorragie. Revu après dix injections de Novarsénobenzol :

La nodosité de la tête restée pareille, était bien un kyste. Le reste de l'organe s'est aminci et est maintenant lisse et indolore.

Observation 69. — Epididymite secondaire plurinodulaire (Saint-Louis).

G... présente des syphilides ulcéro-croûteuses de la face et du cuir chevelu, érosives de la bouche et ulcéreuses du scrotum.

L'*Epididyme* gauche est effilé, à distance du testicule et présente à sa queue une induration diffuse, indolore (séquelle d'une Orchi-Epididymite gonococcique ancienne).

L'*Epididyme droit au contraire*, beaucoup plus gros que le gauche, est collé au testicule dont on ne peut le séparer. Il est dur, *très sensible* et présente à partir de la tête jusque près de la queue, plusieurs irrégularités concentriques et dures, pareilles à des grains de raisin.

Rien au toucher.

Revu après huit injections de Novarsénobenzol : l'Epididyme droit a conservé sa sensibilité, a diminué de volume, mais surtout *est devenu lisse.*

Nous possédons encore quatre observations d'Epididymite secondaire nodulaire. Elle sont pareilles à celles qu'ont vient de lire. Leur relation n'a donc pas d'intérêt,

B) Forme diffuse

Observation 70. — Epididymite secondaire unilatérale (Saint-Louis).

D... présente des plaques muqueuses buccales anales, des Syphilides ulcéro-végétantes du scrotum, et un Epididyme droit augmenté de volume forme

Fig. 15

une véritable *virgule* à grosse extrémité supérieure, collée contre le testicule *dure et très douloureuse.*

L'Epididyme gauche est mou, indolore. Il y a de ce côté du varicocèle. *Revu* après une série de 914 : les deux épididymes sont maintenant pareils.

Observation 71. — Epididymite secondaire gauche (Saint-Louis).

P..., M..., 26 ans, est atteint de plaques muqueuses buccales de syphilides secondaires du gland, de phimosis inflammatoire et présente une *tête épididymaire gauche* en forme de *massue*, séparée du testicule très dure et très douloureuse.

Après la troisième injection de B. S. M., l'Epididyme a recouvré son volume et sa souplesse normales.

Observation 72. — Epididymite secondaire droite (Saint-Louis).

R..., P..., a eu un chancre du fourreau *il y a un mois*, dont il reste une cicatrice indurée et érythémateuse. Actuellement, sur un fond de roséole, une éruption de syphilides papulo-tuberculeuses généralisée.

Epididyme droit présente une tête grosse comme l'extrémité d'un index, dure et sensible, contrastant avec l'Epididyme gauche souple et vermiculaire.

VIII. — EPIDIDYMITE TERTIAIRE

Observation 73. — Syphilis de l'Epididyme sans participation du testicule (Fraser).

Homme de 51 ans qui, 18 ans après avoir eu la Syphilis présente une Epididymite *interstitielle aiguë à gauche, chronique à droite*, sans participation du testicule de la prostate et des vésicules. L'Epididymite a guéri facilement par le Novarsénobenzol, ne laissant persister qu'un induration nodulaire de la tête. Le malade avait eu antérieurement une Blennorragie et Fraser pense que cette première infection a favorisé la localisation épididymaire de la Syphilis.

Observation 74. — Epididymite tertiaire unilatérale. Léger épanchement (Cochin).

Fig. 16.

Ch..., 53 ans, présente une tête épididymaire droite, grosse comme une noisette, criblée de petites bosselures, dure et indolore, contrastant avec le reste de l'organe, qui est souple. Le testicule auquel elle adhère est normal. La vaginale

est épaissie et il existe sur la face antérieure une petite zone de trépanation par laquelle on sent un petit épanchement.

Le côté droit est analogue, mais moins accentué.

Rien à la prostate, ni aux vésicules. Urines claires. Pas de résidu. Nie la Syphilis, mais la réaction de *Bordet-Wassermann* type, est faiblement positive.

De fait, dix injections de Quinimuthol font rétrocéder à peu près complètement les lésions épididymaires.

Observation 75. — Epididymite tertiaire bilatérale, méconnue chez un malade atteint de gomme du palais (Saint-Louis).

G.., A..., 39 ans, consulte pour une lésion buccale : *gomme syphilitique* du palais, leucoplasie linguale.

Un examen complet du malade permet de découvrir une double lésion épididymaire latente.

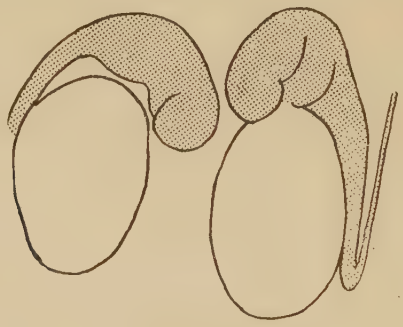


Fig. 17.

L'*Epididyme gauche* présente une tête et une queue de la taille du pouce, collé contre le testicule dont il coiffe le pôle supérieur en bonnet phrygien. Irrégulière, bosselée, dure, légèrement sensible.

Mêmes lésions à l'Epididyme droit, mais beaucoup moins accentuées, testicules souples. Toucher rectal négatif. Urines limpides.

N'a jamais eu de Blennorragie. Ne tousse pas.

IX) SYPHILIS HEREDITAIRE

A) — Du nourrisson

Observation 76. — Hydrocèle droite irréductible chez un nourrisson hérédo-syphilitique. Autopsie. Examen histologique. (Observation *G. Salès* et *P. Vallery-Radot*).

Jules Bl..., trois mois, en état d'hypothrepsie, circulation veineuse abdominale, chapelet costal, pâleur, adénopathie généralisée, onyxis des quatrième et cinquième orteils gauches, ulcération du pavillon de l'oreille gauche, coryza unilatéral gauche croûteux (ensemencement : pas de bacilles diphtériques). C. R. négative.

Pas de craniotabès. Veines épicrâniennes dilatées. Fissures labiales. Syphilides lenticulaires du menton. Rate grosse. Moignon. Peau ridée.

Hydrocèle droite irréductible. Après évacuation du liquide d'hydrocèle, on sent l'épididyme augmenté de volume et très dur.

Liquide d'hydrocèle : 20 lymphocytes par champ.

Wassermann fortement positive.

Sang W + + + ; Hecht + + +

Liquide céphalo-rachidien : 18 lymphocytes par champ

Wassermann + + +

Réaction au benjoin colloïdal +

Mis au traitement au Novarsénobenzol.

Actuellement, 21 mars, très mauvais état général.

Perte de poids progressive. Evolution vers l'athrepsie. Mort. Autopsie.

Foie très dur avec de nombreuses taches de sclérose, s'étendant sous forme de bandes blanchâtres, et par places, véritables îlots de sclérose.

Aspect décoloré blanchâtre dessinant les lobules.

Testicule gauche	2 grammes
Testicule droit	4 grammes

La vaginale est extrêmement épaissie, surtout à droite.

Testicule droit, hypertrophie nette, consistance très dure, couleur rose.

Le testicule droit est de volume égal au testicule gauche, mais la vaginale considérablement épaissie, donne l'impression d'un gros testicule.

L'Epididyme est plus gros à gauche.

Coupes faites au niveau du testicule.

Examen histologique (Dr. *Rog. Leroux*).

Sclérose très prononcée de la capsule conjonctive, sclérose qui envahit la région du hile enserrant les tubes droits. Par places, lésions vasculaires caractérisées par du gonflement endothélial, et surtout quelques manchons périvasculaires à mononucléaires et à plasmocytes.

En résumé : Sclérose et vascularite. Lésions histologiques qui permettent de penser au diagnostic de Syphilis.

B) De l'enfance

Observation 77. — Sarcocèle hérédo-syphilitique avec kératite parenchymateuse chez un enfant de 6 ans 1/2 (Pr. *Marfan* 1907).

Enfant de 6 ans 1/2, né à terme, ayant présenté du coryza au début de la vie, ayant été nourri au sein pendant 22 mois. Sa première dent à 6 mois. Son premier pas à 14.

Depuis deux mois, se plaint de troubles de la vision de l'œil gauche avec photophobie.

Il y a huit jours, la mère constate une tuméfaction du testicule gauche.

Front saillant, nez en lorgnette, œil gauche rouge photophobique. Scrotum distendu à gauche, peau rouge, circul. collatérales.

Testicule gauche atteint presque le volume d'un œuf à surface inégale, dure, indolore. Impossible de séparer le testicule de l'Epididyme dont on ne perçoit pas le relief.

Pas d'hydrocèle.

Le cordon tuméfié saille dans son trajet inguinal.

A l'œil, kératite parenchymateuse (Dr *Terrien*).

L'enquête découvre une Syphilis paternelle et maternelle *conceptionnelle* (contamination pendant la deuxième conception).

Traitement : frictions mercurielles Biiodure de Hg et KI.

12 jours après : diminution sensible.

1 mois après : *restitutio ad integrum.*

Observation 78. — Syphilis héréditaire tardive du Testicule. Rappel probable d'une lésion similaire ayant évolvé dans l'enfance. (Observation *L. Fournier*).

« Il y a six ans, je fus consulté par un jeune homme de 26 ans, sain, bien portant, indemne de tout stigmate apparent d'hérédo-syphilis, au sujet d'un assez gros sarcocèle gauche auquel je ne pouvais trouver de raison étiologique et que plusieurs de mes confrères et maîtres avaient pourtant dénommé sarcocèle tuberculeux. Je savais pertinemment que le père de ce malade était syphilitique ; je savais d'autre part que ce malade avait déjà subi dans l'enfance une atteinte aux testicules, restée indéterminée.

« Je tentai sur ce malade un traitement iodo-mercuriel et au bout de quatre mois, le sarcocèle avait diminué dans la proportion des quatre cinquièmes, si bien qu'un médecin qui aurait vu alors pour la première fois le malade, n'aurait vraiment pas pu s'apercevoir que ce testicule avait été lésé. Ce jeune homme partit alors, appelé par la mobilisation : je ne l'ai plus revu et ne puis savoir si sa guérison s'est maintenue. »

Observation 79. — Epididymite syphilitique héréditaire tardive prise pour tuberculeuse et guérie par letraitement spécifique (Observation *L. Fournier*).

« Il s'agit d'un jeune homme, qui vint me consulter pour un écoulement minime, absolument séreux, aseptique, qui durait depuis une quinzaine de jours et qu'il craignait être le début d'une Blennorragie. Je ne savais à quoi attribuer cet écoulement, ce suintement, devrais-je dire, au sujet duquel j'avais conseillé l'expectative, lorsque le malade revint me voir six semaines plus tard avec une grosse tuméfaction épididymaire, bosselée, dure, indolente. J'adressai mon client successivement à deux maîtres de la chirurgie ainsi qu'à un maître de la médecine et tous trois, unanimement, diagnostiquèrent une manifestation bacillaire et conseillèrent une opération dans le plus bref délai possible.

« Dans ce cas aussi, je connaissais la Syphilis du père du malade et je dus demander au père l'autorisation de révéler son hérédité au fils qui ne voulait pas accepter l'hypothèse d'une Syphilis que je lui avais présentée d'abord sous le nom de Syphilis ignorée ou contractée dans l'enfance.

« Ce jeune homme, qui avait énergiquement refusé l'intervention chirurgicale, consentit, une fois au courant de ses antécédents, à se laisser traiter. En raison de diverses circonstances, ce traitement fut irrégulier, mal suivi ; néanmoins, au bout de huit à dix mois, la tuméfaction épididymaire s'était complètement résorbée et mon jeune client est actuellement marié. Je ne suis d'ailleurs pas sans inquiétude sur l'avenir de sa descendance qu'un traitement tout à fait insuffisant, à mon avis, ne saurait mettre à l'abri des dangers de l'hérédité seconde. »

Observation 80. — Gommes non ulcérées des deux testicules. Gommes disséminées du corps, chez un hérédo-syphilitique Wassermann négatif dans le sang, positif dans le liquide d'Hydrocèle.

Guérison complète par le 914 (Cochin).

B. R..., 19 ans, entre à l'hôpital pour tumeur des bourses et diverses éruptions cutanées.

Le début remonte à deux mois. Le testicule droit, puis quelques jours après, le gauche grossissent.

Dans les semaines qui suivirent, apparurent successivement des ulcérations sur la verge, le scrotum, au palais, et des nodosités au coude et au sein gauche.

Il y eut également des ulcérations de la base de la nuque et une conjonctivite tenace, actuellement cicatrisées.

Antécédents personnels. — A 10 ans, ulcération de la face interne du mollet droit ayant duré deux mois et laissé une cicatrice actuellement encore visible.

Il y a trois ans, Blennorragie qui a duré trois semaines. Nie tout accident primitif ou secondaire.

Antécédents héréditaires. — Père mort de *tabès* à Bicêtre à 59 ans. Mère morte à Bichat de congestion à 44 ans. Trois frères et sœurs : bien portants.

Actuellement :

La *bourse droite* augmentée de volume, à contours irréguliers, présente un scrotum rouge, épais, œdémateux.

Le testicule présente sur la face externe deux bosselures indolores, dont la supérieure est fluctuante. Au-dessous d'elles la glande est sensible.

Sur la face antérieure et interne, la glande est carapaçonnée sur ses deux tiers inférieurs par un vaste placard dur, indolore d'albuginite, qui se continue en bas et en arrière par un Epididyme gros, noduleux et infiltré surtout à la queue, sa tête apparaissant au contraire, souple et intacte.

Le cordon est normal.

La *bourse gauche* est encore plus distendue par un épanchement de moyenne abondance, qui permet cependant de palper une zone à peu près lisse et fluctuante au centre, entourée de toutes parts, sauf en avant, par un véritable croissant dur, indolore, irrégulier, dont on délimite mal tous les contours. C'est peut-être un gros Epididyme entourant le testicule.

Le funicule est souple.

La prostate et les vésicules sont normales.

Ailleurs on trouve :

Des ulcérations rosées suintantes assez profondes du prépuce et du gland *non accompagnées d'adénopathies inguinales.*

Une petite perforation arrondie, taillée à l'emporte-pièce, sur la moitié droite de la voûte palatine, un peu en arrière des incisives.

Une masse arrondie rénitente, indolore, de la taille d'une noix, partiellement mobile sur les plans profonds, adhérente à la peau, qui est rosée, à la région épitrochléenne.

Une masse pareille à la précédente et adhérente au mamelon du sein gauche.

Urines claires. Tous les autres appareils sont normaux. Pas de signes dystrophiques d'hérédo-syphilis.

Etat général excellent.

On porte le Diagnostic de *gommes multiples hérédo-syphilitiques, Diagnostic confirmé par le Dr. Fournier.*

La *réaction de Wassermann* (*Bauer Calmette*) est *négative dans le sang*, mais elle est *positive* (*Wassermann type et Calmette*) *dans le liquide d'hydrocèle gauche.*

A la fin de la troisième injection de 194 intra-veineux, les lésions ulcéreuses sont cicatrisées, les gommes cutanées fondues.

Le testicule droit est maintenant plus lisse et plus régulier, persiste, cependant, en avant et en dedans, une plaque d'albuginite.

L'Epididyme présente une queue irrégulière et dure, mais bien diminué de volume.

Le testicule gauche induré en arrière et souple par ailleurs. Le liquide a disparu. L'Epididyme continue quoique beaucoup moins gros, à encadrer le testicule.

En résumé : amélioration considérable.

On continue le traitement qui agit avec une promptitude digne d'être notée.

Voici une observation recueillie par *M. Chevassu* dans le service du professeur *Reclus*. Nous la reproduisons *in extenso* parce qu'elle montre : 1° les difficultés du Diagnostic de la Syphilis du Testicule ; 2° comment nos maîtres prenaient des observations

X. — FORME PSEUDO-NEOPLASIQUE

Observation 81. — Tumeur du Testicule (Syphilis).

X..., toujours bien portant, marié depuis 29 ans, (gros gaillard, bon vivant, alcoolique). Ni Blennorragie antérieure, ni Syphilis connue, pas d'orchite antérieure. Il y a cinq ans, sur la face antérieure du scrotum, un petit bouton qui suppura pendant quelques jours.

Début. — Date de quatre ans. Le malade remarque que sa bourse gauche était plus volumineuse que la droite, et il constata quelques petites « poussées » à la partie inférieure du testicule. Peu à peu, la tumeur a grossi, et bientôt il n'existait plus dans le scrotum qu'une seule masse, dans laquelle il était impossible au malade de rien distinguer. Continuant son évolution lente, la tumeur avait acquis ainsi les deux tiers au moins de son volume actuel. Elle était un peu pesante, mais le malade ne s'en plaignait pas autrement.

Il y a huit jours, en faisant un effort (étant assis, avait voulu soulever derrière lui un objet pesant) ressentit une douleur assez vive dans l'aine (avait sans doute pincé son cordon sensible). La bourse augmenta d'un tiers environ en vingt-quatre heures et prit son volume actuel.

Inspection. — Augmentation de volume de bourse gauche.

Peau normale.

La pointe pique vers le bas, et non en avant comme une hydrocèle simple.

Palpation. — Dans un scrotum sain, pas adhérent, un peu épaissi (certainement beaucoup moins mobile que dans une Hydrocèle simple) : une masse ovoïde, à grand axe vertical de 12 cm. environ, appendue au cordon.

Dans cette masse deux parties :

Une molle : elle est en avant et moins étendue que l'autre, occupe les deux tiers supérieurs de la face antérieure et remontant jusqu'au cordon.

Une dure : qui est en arrière, occupe la face postérieure, le pôle inférieur tout entier, le tiers inférieur de la face antérieure et la plus grande partie des faces latérales.

La partie molle est dépressible, fluctuante, pas trop étendue, transparente. En aucun point de sa surface on ne peut pratiquer le pincement de la vaginale. La collection liquide est sans doute intra-vaginale.

La partie dure est de consistance ferme, égale en tous les points. Pas de partie spécialement dure, la surface n'est pas absolument lisse et est très légèrement bosselée.

La partie dure se continue avec la partie molle, en formant tout autour de cette partie fluctuante un bord dur, dont le contour n'est pas absolument régulier. Ce bord disparaît vers la partie supérieure où il finit par n'être plus perceptible.

A la surface de la tumeur dure, pas de pincement vaginal possible.

A la partie postérieure : cordons qui descendent petits, faisant un léger relief, à la surface interne de la masse dure, dans laquelle ils se perdent les uns haut, les derniers bas. Ils sont d'autant plus nombreux qu'on se place plus haut. Le canal déférent constitue peut-être l'un de ces cordons (c'est l'avis de *Duval*).

Toute la partie dure est douloureuse à la palpation.

Le cordon, volumineux, œdémacié.

Veines, très grosses, gros paquet de veines antérieures (*Duval* en fait varicocèle par compression ganglionnaire : contre-indication opératoire).

Canal déférent, ne se sent bien que dans la partie supérieure du cordon, où il est normal de calibre, et sans bosselure; on le suit difficilement au moment où il aborde le pôle de la tumeur.

Artère spermatique. On en sent les battements (assez difficile, mais non douteux, synchrones au pouls du malade et non au pouls du clinicien).

Le cordon s'épanouit sur la partie supérieure de la tumeur, filant par quelques-uns de ses éléments à sa face interne. Douleur à la palpation assez vive, qui gêne exploration. Mais sur la face externe du cordon, au niveau de son épanouissement inférieur reposant directement sur l'extrémité supérieure de la tumeur, on trouve un élément nouveau :

Masse comparable à une noisette, assez molle, un peu irrégulière de forme, *nettement limitée par son* extrémité antérieure arrondie, se continuant en arrière par une partie effilée avec une seconde masse, moins volumineuse, mais de consistance analogue, laquelle semble s'effiler à son tour pour disparaître à la partie supérieure de la face postérieure de la tumeur.

Le reste du système génital : Prostate normale, peut-être le lobe gauche est-il un peu plus volumineux que le droit, mais pas de bosselure ou d'irrégularité, souple.

On ne sent pas de vésicule séminale.

Urèthre sain.

Les ganglions. — Rien dans l'aine.

Malade gras. Impossible de rien sentir dans la région lombaire.

Examen du sang. — (Lortat-Jacob).

Globules rouges : 5.053.000.

Globules blancs : 11.000.

Poly.	49
Mono.	34
Lymphoc.	17
Eosin.	0

Tout le système génital du côté opposé est sain.

Etat général excellent, bon appétit, aucun amaigrissement.

Diagnostic.

1° Pour la partie molle tous d'accord : vaginalite. Une partie de vaginale (la partie inférieure) est oblitérée par adhérences (*Duval*).

Vaginalite totale (la tumeur commence à se développer à la partie inférieure, peut l'avoir fait dans région rétro-vaginale *Chevassu*). (C'était faux).

2° Partie dure : les uns, testicule, les autres, épididyme. Qui dit ici testicule, dit tumeur (*Syphilis éliminée car non indolence*).

Qui dit Epididyme, dit tuberculose.

Pour *Schwartz*, c'est *un gros Epididyme*. *Reclus* hésite. Cependant, dit-il, le relief que forme le bord de la partie dure sur la partie molle, *la douleur*, l'intégrité de prostate peuvent se voir dans *Tuberculose*.

Pour *Dambrin*, *Chevassu* et *Duval* :

C'est *un gros testicule* car on sent l'Epididyme à la partie supérieure, tout au moins la tête (la masse molle) (à moins qu'il ne s'agisse de noyaux funiculaires *Chevassu*).

A cause du gros volume,

De l'évolution lente, sans régression,

L'intégrité de la prostate,

Du volume du cordon,

Des battements de la spermatique.

Opération : *Le 11 novembre à la cocaïne.*

Devant incertitude (?) du Diagnostic, on commencera par voir :

Anesthésie à la cocaïne.

Avant l'ouverture de la séreuse, ponction avec pipette stérilisée. Il s'écoule liquide citrin, comparable à liquide d'Hydrocèle banale. Incision de vaginale, épaissie régulièrement : 5 mm.

Au fond, le testicule, pas petit (comme dans Tuberculose épididymaire), mais gros. C'est bien lui qui forme la tumeur.

On propose au malade la castration.

Anesthésie du cordon, ligature un peu au-dessous du canal inguinal et section. Suture.

Examen histologique.

Abondance de tissu infiltré orienté autour des cavités vasculaires de teinte très sombre dans l'ensemble. Il n'y a pas de nécrose, mais l'on trouve de *nombreuses gommes microscopiques* assez grosses, très nettes.

Lésions vasculaires importantes, artères épaisses atteintes d'*endo* et de *périartérite*. Ça et là, à la périphérie d'une gomme, on reconnaît une coque fibreuse hyaline avec vague *lumière centrale* :

Ce sont des *cicatrices de tubes testiculaires* complètement étouffés dans l'*ensemble*.

Observation 82. — Gomme du Testicule droit diagnostiquée après exploration sanglante pour Tumeur, chez un malade qui aurait eu du même côté, dix-huit mois auparavant, une Orchi-Epididymite syphilitique.

R..., A..., 40 ans (Cochin).

Entre à l'hôpital pour une tumeur du Testicule droit.

Début (aux dires du malade) il y a un an et demi par du gonflement et des douleurs qu'il néglige les premières semaines, mais qui bientôt rendent la

marche impossible et l'obligent à se faire hospitaliser à Saint-Louis, où on le traite par du repos et des injections intra-veineuses.

L'amélioration fut si rapide que le malade quitta bientôt l'hôpital. Jusqu'à' il y a un mois, tout paraissait être dans l'ordre, quant à nouveau le testicule droit devint gros et douloureux.

Actuellement, le scrotum droit est rouge, légèrement infiltré et un peu adhérent à la masse sous-jacente. Celle-ci grosse, piriforme, est uniformément régulière et lisse. Sa consistance est à peu près partout ligneuse. Cependant au tiers supérieur de la tumeur, une petite zone rénitente, empiétant un peu sur sa face antérieure et noyant le cordon à son origine. Cette zone est transparente, on ne pince pas la tête épididymaire, ni la vaginale. Le canal déférent est normal. Il n'y a pas de funiculite. La prostate et les vésicules sont souples. Les urines claires.

Blennorragie dans sa jeunesse. Syphilis, il y a sept ans, traitée par des injections de 606.

Le volume de la tumeur, sa régularité, l'absence de lésions funiculaires, son développement rapide, une réaction de Bordet-Wassermann négative, font penser à un néoplasme, et malgré la zone d'adhérence antérieure et les antécédents du malade, on intervient d'urgence :

Exploration sanglante sous anesthésie locale. Énucléation de la masse par une incision inguinale; on peut l'explorer complètement.

On constate une large étendue de liquide plus considérable qu'il ne semblait à l'examen extérieur. Cimier de casque inférieur plus gros que celui d'une lésion épididymaire. Incision de la vaginale qui épaissie, avec les tissus adjacents, a près d'un centimètre et demi, mais sans carapace dure.

L'incision sur cette zone dure montre après une certaine traversée de lésions testiculaires, nettement inflammatoires, une masse jaune sur la nature de laquelle on hésite d'abord.

Pour être certain du Diagnostic de gomme, on est obligé de fendre sur une largeur d'un centimètre et demi; on prélève une tranche pour l'examen microscopique mais le Diagnostic de gomme apparaît certain, tant est nette la limite de la masse crue.

Suture de l'albuginée par plusieurs points au catgut; on laisse la vaginale retournée. Suture totale des téguments.

Suites opératoires des plus simples. *Réunion par première intention.*

Quitte l'hôpital quinze jours après. Est mis au traitement antispécifique.

Observation 83. — Castration pour Tumeur du Testicule. L'examen histologique montre qu'il s'agit de Syphilis (Observation *Marcille*). Intervention en présence de M. *Chevassu*, pour tumeur du Testicule.

Enucléation difficile : castration; tumeur ovoïde (haute de 9 cent., large de 6 cent.). On voit une bosselure antéro-supérieure. On sent la tête épididymaire en haut, tandis que la vaginale est complètement invisible par suite d'une symphyse totale.

Une coupe antéro-postérieure de la pièce, montre au centre une masse ayant envahi à peu près tout le testicule, d'aspect marron d'Inde, jaune verdâtre, mastic, tuberculeux, mais plus dure. Ses contours sont sinueux et arrondis, ses limites sont assez nettes, pour la rendre presque énucléable.

Cette tumeur est séparée de l'albuginée, et par conséquent, entourée par une coque en général très mince, épaissie par endroits, surtout à la partie supérieure

où la couleur rosée rappelle le testicule normal, sans qu'on y voie, cependant, des tubes déroulables.

Le cordon paraît normal, mais un œdème abondant sépare ses différents éléments.

Le canal déférent est régulier de calibre, mais on le décolle difficilement de la face postérieure de la coque néoplasique. L'Epididyme est difficile à voir. Néanmoins, sur coupe transversale surajoutée, on voit les tubes épididymaires incrustés en bas dans la coque néoplasique, tandis qu'ils forment en haut une tête épididymaire saillante.

Examen microscopique (M. Çhevassu).

Il montre un vaste *Nécrose, à contours sinueux au centre*, à la périphérie, une infiltration d'éléments inflammatoires au milieu desquels les tubes sont mal reconnaissables. Nulle part, il n'y a d'accumulation de gommes microscopiques. Au milieu de l'infiltration cellulaire, on découvre *une cellule géante* manifeste mais non entourée, comme dans la Tuberculose d'éléments inflammatoires.

Observation 84.— Castration pour Tumeur du Testicule.— A l'examen histologique : c'est une syphilis (Osbervation *Marion* in th. Mascarhénas).

L..., C..., 37 ans, présente depuis quelque temps un testicule gauche à peine augmenté de volume, ovoïde, lisse, indolore sans hydrocèle. Cordon normal, On porte le Diagnostic de *Néoplasme.*

Opération :

Isolement du testicule : orchidotomie exploratrice. Sur la tranche de section on voit deux noyaux, dont l'aspect rappelle celui du tissu néoplasique. On décide de compléter l'opération par un curage des ganglions aortico-lombaires.

Pas de ganglions au niveau de la gaine spermatique.

Une coupe antero postérieure du testicule montre la présence de deux noyaux de coloration un peu jaunâtre, nettement encapsulés.

Examen microscopique M. Chevassu).

Le testicule contient une série de *gommes* typiques avec leur nécrose centrale, leurs contours sinueux, leur infiltration périphérique.

Entre elles, lames de tissu testiculaire reconnaissable, à tubes comprimés allongés sur la coupe. Leurs parois sont très épaissies, leur contour méconnaissable.

Une série de petites gommes microscopiques sont essaimées dans cette zone d'aspect non gommeux.

Epididyme : Les tubes épididymaires ont un aspect normal, mais tout contre la tête de l'Epididyme à l'origine du cordon : *une petite gomme.*

Le cordon présente de grosses lésions artérielles, une infiltration gommeuse disséminée (*Lymphangite*) contrastant avec un déférent absolument intact.

XI. FORMES NE CÉDANT PAS AU TRAITEMENT

Observation 85. — Tumeur du Testicule ne cédant pas au traitement d'épreuve, diagnostiquée Néoplasme à l'exploration sanglante. Castration. Examen histologique : Syphilis. (Observation *Mercadé.*)

L..., 30 ans, entre dans le service pour une tumeur du testicule droit, datant de quatre ou cinq mois. Testicule gros, très augmenté de volume, *lisse, très*

douloureux à la pression même la plus légère, de consistance uniformément *dure*.

Epididyme difficile à reconnaître, testicule du côté opposé, absolument sain, pas de ganglions perceptibles.

Le malade nie la Syphilis et on n'en trouve chez lui aucun vestige. On le soumet cependant à un traitement *mercuriel*, en même temps qu'un second malade de la salle atteint de Syphilis testiculaire nette.

En *huit jours*, on voit chez celui-ci le testicule diminuer de moitié, alors qu'il venait pour se faire castrer.

Au contraire, le testicule de L... ne se modifie pas.

On décide alors l'intervention.

Avant la castration, on fait une orchidotomie exploratrice. Le Testicule tout entier est pris. *Le Diagnostic de cancer ne paraissant pas douteux*, on poursuit le cordon spermatique jusqu'à l'orifice inguinal interne ; puis on procède à l'exérèse des *ganglions lombaires et à la dissection du pédicule spermatique jusqu'à son origine.*

Examen microscopique (M. Chevassu).

Coupe du paquet spermatique adbominal.

Lésion *périartère spermatique avec intégrité* absolue des *deux veines*. Dans la paroi externe de l'artère spermatique il existe une abondante infiltration lymphocytaire ayant par endroit l'aspect d'une véritable petite gomme. *Lymphangite périartérielle typique.*

Canal déférent absolument normal.

Epididyme présente un Epithélium à peu près normal, mais l'espace intertubulaire est plus riche en lymphocytes, et on note par endroits une infiltration allant jusqu'à la production de gommes. En d'autres points, le tissu gommeux est visible sur la coupe à l'œil nu.

Testicule : vaste nécrose syphilitique.

Observation 86. — Syphilis gommeuse du Testicule avec volumineuse Hydrocèle, ne cédant pas au traitement d'épreuve. Castration. (Observation *Alglave*).

Le malade consulte pour une tuméfaction *douloureuse* du testicule droit, ayant débuté, il y a sept mois. Comme il a eu un chancre induré, il y a dix ans, on pense à la Syphilis testiculaire et on le traite au calomel en injections et à l'iodure par la bouche.

Après trois injections, l'état est stationnaire. Le malade quitte l'hôpital mais revient un mois après.

Cette fois la bourse est *grosse comme deux poings*. Volumineuse hydrocèle qui permet difficilement l'exploration du testicule. L'Epididyme cependant, paraît gros, dur, irrégulier, bosselé surtout à la tête et à la queue.

Le cordon est empâté, mais le toucher rectal est négatif.

On a alors quelques doutes.

1° Parce que le traitement n'avait rien donné ;

2° Parce que le malade avait des antécédents tuberculeux. Cependant, on essaie un *traitement anti-syphilitique* pendant quinze jours. Aucune amélioration, on opère.

Il s'écoule un liquide citrin en grande abondance.

Orchidotomie : albuginée et partie sous-jacentes œdémateuses, volumineuse gomme testiculaire centrale. Castration.

Examen macroscopique : une coupe transversale montre une énorme gomme

à contours sinueux, occupant le testicule. L'intérieur de l'Epididyme est lui-même nécrosé.

Examen histologique :

Foyers gommeux constitués à leur centre par des tissus nécrosés avec fragmentation parcellaire fine de la chromatine nucléaire qui subit la dégénérescence granulo-graisseuse.

On trouve à la périphérie quelques cellules géantes, d'ailleurs rares.

Infiltration lymphocytaire et à plasmazellen diffuse, autour des vaisseaux et des tubes séminifères.

XII. CAS DE DIAGNOSTIC IMPOSSIBLE

Observation 87.— Gros Testicule.— Castration.— Examen de la pièce : Syphilis (*Hôpital Laennec*).

Le malade présentait :

Une tumeur du testicule droit du volume d'un œuf de dinde à peu près régulier, plus gros cependant en haut qu'en bas.

Au pôle supérieur de la tumeur : une région molle, fluctuante et transparente divisée en deux par une bande verticale plus dure. Dans la partie antérieure de cette région, on sent à travers la masse de liquide peu tendu, deux petites zones circulaires dépressibles à rebords nets.

Au pôle inférieur de la tumeur autre point mou, fluctuant et transparent.

Entre les deux pôles occupant toute la partie moyenne et postérieure de la masse, une vaste région dure et lisse, indolore sur le versant externe de laquelle on peut en un point réveiller la sensibilité testiculaire et pincer la vaginale.

Au-dessus de l'extrémité supérieure de la tumeur et la coiffant, un cordon souple et sensible : la tête épididymaire.

Le cordon est épais et peu élastique ; on y sent battre la spermatique. Le canal déférent est normal, ainsi que la prostate et les vésicules.

Examen de la pièce :

La cavité vaginale n'est pas libre partout.

Libre en haut : où elle forme une poche dans laquelle font saillie le cordon, la tête épididymaire et le pôle supérieur du testicule.

Libre en bas : où plonge l'extrémité inférieure de la glande adhérente entre les deux : complètement à la face antérieure du Testicule et à sa face extérieure, en partie à sa face interne ; à ce niveau persiste un canal paralléle au bord interne de l'Epididyme et qui fait communiquer les deux poches vaginales, ce qui explique la transmission de la fluctuation de l'une à l'autre.

Le feuillet pariétal de la poche supérieure présentedes épaississements variables, parfois presque cartilagineux, alternant avec des amincissements transparents et circulaires ; irrégularités que l'on sentait fort bien à la palpation.

Le cordon qui a été sectionné haut présente une masse grosse comme une noix, qui s'implante sur le pôle supérieur du Testicule et qui semble se développer dans le groupe antérieur des vaisseaux du cordon. Le *canal déférent* est en arrière normal.

L'*Epididyme* est augmenté de volume. Sa tête fait saillie dans la grande cavité, mais *il était certainement impossible de la sentir par la palpation.*

Le Testicule est envahi par plusieurs masses, les unes jaune verdâtre, fermes, les autres, couleur café au lait, fermes au centre, dures comme de l'os sur les

bords, qui sont sinueux, très irréguliers et surplombant à la coupe les tissus adjacents.

On ne retrouve pas traces de testicule normal.

Observation 88. — Gros Testicule pseudo-néoplasique. — Castration : Grosse Gomme.

H..., D..., (*M. Chevassu*, Necker).

Syphilis, il y a trois ans. Aurait été traité au Salvarsan, il y a deux ans, en même temps qu'on le soignait pour une Blennorragie à Ricord.

Il y a un mois, *traumatisme de l'aine* à la suite duquel aurait paru la lésion actuelle du Testicule.

Opération : Anesthésie novocaïne. Ouverture de la vaginale qui est antérieure et latérale interne. Il en sort un peu de liquide assez jaune. Vaginale très vascularisée. En dehors, au niveau de la réflexionde la vaginale, bord très saillant donnant tout à fait l'impression du bord d'un gros Epididyme.

Castration faite, on sectionne le testicule :

Grosse gomme intra-testiculaire.

Observation 89. — Gros Testicule gauche très douloureux à début apparent brusque. — Castration : énorme Gomme syphilitique.

P..., A.,,, 50 ans (Cochin).

Malade cystostomisé, il y a six mois, dans le service, pour calcul vésical ; entre de nouveau à l'hôpital, pour une tuméfaction de la bourse gauche ayant débuté, dit le malade, brusquement, il y a deux jours, par des douleurs intenses à irradiation lombaire, lui arrachant des cris.

Actuellement, bourse gauche très tuméfiée, scrotum rouge, épaissi adhérent sur un vaste ovale antérieur. On sent sous lui un testicule du volume d'un œuf de dinde, de consistance homogène très ferme, sans élasticité, lisse, sans aucune zone de sensibilité testiculaire. Le pôle supérieur de la tumeur est coiffé par un cordon en croissant souple : la tête épididymaire.

Le canal déférent est normal, mais il y a une grosse funiculite.

Le testicule droit est absolument intact.

La prostate est souple, mais les urines sont troubles.

Blennorragie dans le jeune âge, compliquée d'Orchi-Epididymite droite.

Pas de Syphilis avouée, et on n'en trouve aucun stigmate.

Wasserman-type : négatif.

Comme le malade continue à souffrir et que la tuméfaction augmente prête à s'ouvrir, on décide *l'exploration sanglante.*

Avant l'opération on fait une ponction au point culminant le plus adhérent et prêt à s'ouvrir.

Il sort un quart de centimètre cube de liquide épais brun rosé ; on le met en culture.

Le bistouri coupant au même niveau entre dans une espèce de cavité comprenant un peu de liquide puriforme rosé et surtout un tissu sphacelé qui est incontestablement du tissu testiculaire. On est donc entré d'emblée dans le testicule. Son aspect n'est pas celui d'un infarctus hémorragique, mais ressemble infiniment plus à une gomme. Vu son état de sphacèle, ce testicule est de toute façon perdu. Castration donc, avec excision de la partie la plus adhérente de la face antérieure du scrotum.

Examen de la pièce :

Testicule complètement transformé en un tissu sphacelé diffluent gris rose sombre, à périphérie légèrement sinueuse. Pas de traces de cavité vaginale ; infiltration considérable de tous les tissus périphériques jusqu'à l'adhérence tégumentaire antérieure.

Epididyme relativement respecté.

Examen histologique :

Testicule : Albuginite. Ici, infiltration inflammatoire, là, petite gomme au centre de laquelle se voit *une cellule géante*. Le testicule est méconnaissable, détruit par un nécrose formidable.

Epididyme: Tissu inflammatoire œdémateux intertubulaire. Les tubes conservent un épithélium plus bas. D'ici, de là, contre la paroi épididymaire ou à petite distance, un foyer inflammatoire ; ailleurs, de petits abcès microscopiques. Epididymite aiguë ?

Cordon : présentant un diverticule épithélial, inflammatoire typique autour d'un vaisseau.

Observation 90. — Castration pour une Tumeur des Bourses, dont l'examen clinique avait fait penser à une Tuberculose, l'examen macroscopique à un Néoplasme et qui était, en réalité, une Syphilis vérifiée au microscope.

M. X..., Y..., est castré par un chirurgien notoire de province, pour une tumeur du testicule droit ayant débuté brusquement et qui lui semblait être une tuberculose testiculaire épididymaire.

Après l'intervention, l'opérateur pense à un *Néoplasme*, et adresse la pièce à M. *Chevassu*.

Examen microscopique :

Coupe du Testicule :

Au centre : une zone nécrosée avec de-ci de-là des tissus vivants.

A la périphérie :

Les tubes testiculaires sont très atrophiés. Il n'y a pas de poussée spermatique.

Ils sont plongés dans un tissu dense, plus transparent à mesure qu'on se rapproche de la périphérie, tissu inflammatoire, œdémateux, au milieu duquel on reconnaît çà et là *une petite gomme*.

Le corps d'Highmore contient, de son côté, une grosse gomme à contours sinueux et irréguliers.

Le Diagnostic de Syphilis du Testicule ne faisait, donc, pas de doute. Il laissa, cependant, sceptique le chirurgien du malade, qui eut toutefois la franchise, neuf ans plus tard, d'apprendre à notre Maître que son malade chez lequel il n'avait constaté aucune évolution tuberculeuse, aucune généralisation cancéreuse venait de succomber brusquement à un *Ictus*.

Observation 91. — Intervention pour Vaginalite chronique. L'Exploration du Testicule impose la castration. C'est une Syphilis. (Observation d'*un haut intérêt diagnostic*) (M. *Chevassu*).

Diagnostic clinique. *Vaginalite chronique*.

A l'*intervention*, on remarque une vaginale rouge, avec de petites dépressions comme dans une *vaginalite subaiguë*, et un testicule nettement augmenté de volume.

Sur sa face antérieure, une zone dure que l'on *incise*.

L'incision (indolore) conduit dans une masse homogène, dure, jaune rosée mais difficile à écarter et à voir, car plusieurs vaisseaux saignent abondamment. On agrandit alors l'incision, qui est toujours indolore. Même masse crue, dure et rose, qui présente en un point, une limite nette touchant les tubes testiculaires.

Ailleurs, aucun tubercule isolé. Le Diagnostic de Tuberculose est bien improbable, celui de Syphilis évident.

Comme le testicule est largement sectionné et que l'Epididyme est lui-même gros et irrégulier surtout à la queue, la *castration* s'impose.

Examen de la pièce.

Vue extérieurement la *pièce montre un gros diverticule qui enfouissait complètement la région de la tête épididymaire.* La tête n'est pas reconnaissable à la surface du testicule. Les culs-de-sac sont comblés par des adhérences à cordages, au niveau de la face externe.

En bas, une zone saillante sous-jacente à la cavité vaginale et séparée de celle-ci par un sillon très net, donne l'*impression manifeste d'une grosse queue épididymaire.* Elle présente une partie très molle, sans doute gomme intra-épididymaire avec œdème adjacent.

Coupe totale antéro-postérieure montre que cette pseudo-queue épididymaire n'est, en réalité, que la partie inférieure et postérieure du Testicule, séparée de la partie antérieure par une dépression profonde située, entre deux gommes l'une qui semblait testiculaire, l'autre, qui paraissait épididymaire. L'Epididyme est en arrière *normal.*

La tête épididymaire, nulle part visible sous la séreuse, est enfoncée dans la base du cordon.

La gomme a un aspect typique : jaune cru avec un point ramolli cupuliforme et des zones plus roses. Les limites sont sinueuses. Ailleurs, le testicule a un aspect normal, mais au contact des gommes, il se forme une véritable coque fibreuse (Voir planche en couleur).

Examen microscopique.

Première coupe à la périphérie d'une gomme.

a) Au centre, zone de nécrose à peu près totale, parsemée de petits espaces clairs arrondis : ce sont sans doute, des lymphatiques ou des veines remplies de fibrine et restées béantes.

b) Quand on s'éloigne du centre : tissu d'infiltration inflammatoire à lymphocytes, voire à plasmazellen, dans lequel on retrouve peu à peu des *tubes testiculaires* très fortement modifiés, mais *à parois peu scléreuses.* Le manque de réaction scléreuse péritubulaire fait supposer que le malade se soigne.

A l'intérieur des tubes, quelques ébauches de la lignée spermatique ne dépassant pas le stade de spermatogonie croûtelleuse. *Plus loin, les spermatogonis apparaissent en couches de plus en plus épaisses, mais en aucun point l'évolution ne va jusqu'au spermatozoïde.*

c) *Albuginée* épaissie : présente quelques gommes microscopiques des altérations vasculaires, et en particulier, *une énorme endartérite oblitérante typique.*

Deuxième coupe en *zone d'aspect normal.*

Le testicule est impressionnant par son peu d'altération. Coque tubulaire mince, pas de réactions inflammatoires intertubulaires, et cependant pas d'*évolution complète* de la lignée spermatique.

Cette observation est doublement intéressante :

1° Elle prouve la difficulté du Diagnostic : clinique et macroscopique ;

2° Elle montre que la Biopsie elle-même est quelquefois insuffisante, quoique des coupes faites trés proches d'une gomme peuvent, par l'intégrité quasi complète du parenchyme, en imposer pour un testicule normal, alors que celui-ci est bel et bien entaché de Syphilis.

Observation 92. — Coque vaginale. — Intervention : Gomme syphilitique

D... L... (Cochin). On intervient avec le Diagnostic de Coque vaginale, contenant deux points antérieurs fluctuants.

Anesthésie novocaïne. La masse intra-scrotale est extériorisée sans qu'on lui trouve d'autres caractères que ceux constatés auparavant. Petite incision de la face antérieure qui conduit sur une petite cavité d'où jaillit du liquide clair. Cette cavité est limitée en arrière et en bas par le testicule. Plus bas, le testicule adhère à la coque vaginale de façon intime. On incise cette coque épaisse de 3 cent. environ, puis on incise le testicule qui présente d'abord quelques petits ilôts jaunâtres sans caractères nets, mais qui montre un peu plus bas, une masse verdâtre puriforme : gomme caractérisée.

Prise de deux fragments, l'un allant jusqu'à la gomme, l'autre représentant un des lobes sous-jacents. Suture du testicule de la vaginale au catgut. Fermeture cutanée totale.

Observation 93. — Albuginite, dont on ne peut affirmer la nature même après biopsie et Examen histologique (Cochin).

E..., E..., âgé de 23 ans, a constaté par hasard, il y a un mois, que son testicule gauche était augmenté de volume. Le malade qui ne souffre nullement, a consulté à la Charité puis à Cochin.

Actuellement, un testicule gauche plus gros que le droit. Lisse en général et sensible. Sur sa face externe, près du pôle supérieur, on sent une petite plaque limitée en bas par une crête falciforme, dure à concavité supérieure, à direction générale de bas en haut, en diagonale, le tout indolore.

L'Epididyme est normal. Le canal déférent, le cordon, les vésicules, la prostate ne montrent aucune modification.

Excellent état général. Jamais de Blennorragie. Urines claires. Pas de paludisme, ni de rhumatismes. Pneumonie à dix ans.

L'examen somatique complet *ne décèle rien.*

Antécédents héréditaires. — Mère rhumatisante. Père, deux frères et sœurs bien portants.

Réaction de *Wassermann-Hecht* complètement négative.

Biopsie sous anesthésie locale :

Pas de liquide dans la vaginale. Epididyme normal.

Près du pôle supérieur du testicule, sur l'albuginée, on voit une zone blanche limitée en bas par une crête dure.

Excision d'un fragment. Suture.

Examen histologique.

Sclérose tubulaire intense : les tubes à parois épaissies sont étouffés en partie :

d'aucuns pleins, d'autres atrophiques. En général, on ne peut affirmer la spermatogénèse.

Certains tubes contiennent cependant des *spermatozoïdes*.

Plus loin, les tubes sont remplis de cellules en dégénérescence peut-être plus qu'on ne le voit d'habitude.

Ces lésions ne permettent pas d'affirmer la Syphilis. Elles peuvent se rencontrer dans certains Néoplasmes, rarement, il est vrai.

Traitement d'épreuve. — Novarsénobenzol intra-veineux. A la troisième injection (0 gr. 45) le malade a une forte réaction fébrile suivie d'un érythème morbiliforme et d'un ictère toxique.

Revu quarante jours après : la lésion testiculaire demeure stationnaire. Le malade a refusé la continuation du traitement avec un autre médicament.

Observation 94. — Tuberculose massive du Testicule et de l'Epididyme diagnostiquée par le microscope. et ayant imposé pour une Syphilis à l'examen clinique et anatomique.

M. Ch..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital pour gros testicule. Il y a un mois, le malade déjà fatigué depuis quelque temps, éprouve une douleur nette au niveau de l'aine et de la bourse droite, où il constate une petite grosseur rouge et douloureuse.

Trois jours après, augmentation subite de la tuméfaction qui en peu de temps prend le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis cette époque, la tuméfaction reste stationnaire, indolore, elle ne gêne que par son poids.

Antécédents.

En 1916, Pneumonie double et depuis bronchite hivernale.

Il y a trois mois, Hématurie totale survenue sans cause et disparue en deux jours sans traitement.

Deux Blennorragies antérieures, dont il ne conserve aucune séquelle. *Nie avoir eu la Syphilis.*

Examen clinique :

Bourse gauche ovoïde de la grosseur d'un œuf de dinde.

Peau rouge violacée, œdémateuse, mobile sur la tumeur, sauf au niveau de la face antérieure, à son tiers moyen où elle adhère à la profondeur sur une surface large comme une pièce de deux francs.

La tumeur elle-même, homogène, rénitente est opaque, lisse, absolument indolore ; on n'y peut différencier ni testicule, ni *Epididyme dont il semble* toutefois que l'on puisse palper la *tête, restée souple.*

Le cordon gauche augmenté de volume est indolore. Le canal déférent paraît normal. Le lobe gauche de la prostate est augmenté et sensible de consistance homogène. La vésicule gauche est perceptible.

A droite, testicule et dépendances sont normaux.

Il n'y a pas de troubles urinaires. *Les urines* jaune pâle sont claires avec, cependant, quelques légers flocons en suspension.

L'urètre paraît normal.

Le malade présente un bon état général et cependant : le sommet droit du poumon apparaît suspect, sans que l'on puisse cependant y entendre des bruits adventices.

Examen du Dr. Picot.

La tumeur semble présenter un sillon au niveau de l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Au-dessus : grosse masse qui semble être la tête de l'Epididyme. Au-dessous, masse plus régulière de consistance normale : testicule ? Au pôle inférieur, petite masse lobulée et irrégulière : queue épididymaire. Au total : *Gros Epididyme tuberculeux.*

Examen de M. Chevassu (13 jours après).

On ne distingue ni Epididyme, ni testicule, mais seulement une masse diffuse. Funiculite gauche très marquée et déférent normal.

La zone d'adhérence antérieure de la peau du scrotum s'est étendue. La recherche des ganglions lombo-aortiques est impossible à cause de la contracture de défense du malade. On pense à la *Syphilis* malgré une réaction de Wassermann négative.

Le *traitement d'épreuve* au Novarsénobenzol 0 gr. 30, n'empêche pas l'*abcédation* d'un foyer fluctuant à la partie antéro-supérieure de la tumeur et l'issue d'une sérosité sanguinolente.

On le continue cependant avec addition de trois puis quatre gr. KI pro die.

Quinze jours après :

Aucune régression. La fistule supérieure est à l'emporte-pièce à bords taillés à pic, mais décollés sur un fond blanc jaune de tissu sphacelé.

On décide la *castration* qui se fait très simplement. Le malade quitte l'hôpital quinze jours après, guéri. Mais au bout d'un mois, rentre d'urgence dans le service avec des phénomènes méningés, diagnostiqués : méningite tuberculeuse par le Dr. *Léri*. De fait, le malade tombe rapidement dans le coma et succombe le surlendemain : La nécropsie vérifie le Diagnostic clinique.

Examen anatomo-pathologique,

Coupé sur son grand axe, la lésion ne ressemble à rien de caractéristique, le testicule est accru de volume dans toutes ses dimensions, 5 cent. en largeur, 6 cent. 1/2 en hauteur. Son albuginée est partout reconnaissable, mais partout adhérente par symphyse vaginale.

Le tissu testiculaire absolument méconnaissable est remplacé par une masse d'un jaune légèrement verdâtre, dans laquelle on distingue des noyaux légèrement plus clairs et quelques autres légèrement plus sombres.

La limite de ces noyaux est assez vague ; de-ci, de-là cependant, le noyau est en partie limité par *une zone moins opaque à demi-translucide, à contours sinueux comme on en observe dans les gommes*. Aucun noyau ne fait spécialement saillie sur la coupe. Rien n'est franchement ramolli, le tout forme une masse homogène d'aspect plutôt vernissé à la surface.

La coupe, qui passe également par l'*Epididyme*, y montre toute une série de *nodules*, dont la couleur rappelle la lésion testiculaire, mais dont la consistance est différente. Ils sont plus ramollis ; deux d'entre eux constituent un demi abcès froid. De ces noyaux épididymaires : trois sont visibles dans la tête, chacun des dimensions d'une bille ; un de même dimension siège à la queue, un troisième plus petit occupe le corps épididymaire.

Le lambeau cutané enlevé avec la lésion, et sur lequel se trouvait la fistule montre que cette fistule correspond avec le plus inférieur des noyaux de la tête épididymaire

L'Epididyme était en inversion épididymaire et le siège de la fistule en avant avait influencé pour beaucoup le Diagnostic de Syphilis.

L'examen de la pièce semblait donc le vérifier jusqu'au jour où l'*examen microscopique* prouva qu'il s'agissait de *Tuberculose testiculo-épididymayre certaine.*

Voici, donc, une observation instructive qui montre :

1° Que si la clinique est incertaine. l'examen macroscopique lui-même peut quelquefois induire en erreur.

2° Qu'il existe certaines tuberculoses massives testiculo-épididymaires qui réalisent, comme la Syphilis ou le Néoplasme, un gros testicule.

Elles sont heureusement rares !

CONCLUSIONS

Il est toujours difficile de résumer un travail. Dans leur brièveté et leur sécheresse, les conclusions risquent de refléter mal la pensée de l'auteur. Au lieu de la traduire, elles la trahissent.

Nous nous soumettrons cependant à la loi commune et essayerons de donner la quintessence des chapitres qui précèdent, non sans avoir rappelé que dans le royaume de la clinique, l'axiome ne règne pas.

I. — La Syphilis du Testicule est, le plus souvent, non pas une orchite, mais une *Orchi-Epididymite*, et ce nom mérite de lui rester. Elle s'accompagne d'altération constante — ou à peu près — de la vaginale et de lésions très fréquentes du cordon *(funiculite)*.

II. — La Syphilis du Testicule est moins rare qu'on ne l'écrit, car à côté du testicule syphilitique classique, il faut placer :

1° Des *formes bénignes ou latentes*, qu'on découvre chez certains Syphilitiques tertiaires et qui permettent de résoudre le Diagnostic lorsque les lésions qui amènent le malade sont douteuses.

2° Des *formes liquidiennes* (ainsi appelées à cause de l'abondance de l'épanchement) et qu'on prend habituellement pour une hydrocèle banale, dont il convient de les différencier par l'enquête étiologique, le Wassermann dans le liquide, voire le traitement d'épreuve.

3° Et surtout une *Syphilis occulte* à qui nous avons essayé de donner droit de vie.

Basée, d'une part, sur la *présence du spirochète dans le sperme*, démontrée par les recherches expérimentales (inoculation et examens directs) ; d'autre

part, sur les malformations des spermatozoïdes, leur diminution ou leur suppression. *(azoospermie)*, la Syphilis occulte du Testicule a une importance pratique et théorique incontestable. Elle peut ouvrir sur l'hérédité syphilitique certains horizons insoupçonnés.

III. — Si nous avons insisté sur l'atteinte *épididymaire*, c'est non seulement parce qu'elle nous a paru fréquente dans l'Orchi-Epididymite proprement dite, mais aussi parce qu'elle peut se présenter *isolée*.

Nos recherches nous ont permis de conclure :

1° Que l'*Epididymite syphilitique secondaire* existe sans conteste, mais qu'actuellement (vu sans doute la précocité et les qualités du traitement chez les Syphilitiques) elle est un peu différente de l'Epididymite classique de *Dron* ; *elle est rare, toujours subaiguë, à manifestations cliniques minimes*, de sorte qu'elle est méconnue, non seulement du malade, mais aussi, très souvent, du médecin qui ne la recherche pas ou qui ne sait pas la rechercher.

2° Que l'*Epididymite tertiaire*, considérée comme une exception, doit devenir classique, car ce n'est pas une rareté.

IV. — Au cours de la Syphilis héréditaire *précoce* du Testicule, il convient de souligner la *forme liquidienne*, c'est-à-dire certaines hydrocèles du nourrisson, décrites par le *professeur Marfan* et ses élèves.

Dans la Syphilis héréditaire *tardive*, le testicule est assez fréquemment atteint, et c'est alors une forme essentiellement *gommeuse*.

V. — La Syphilis du Testicule est moins facile à diagnostiquer qu'on ne le dit : parce que à côté des formes types, classiques (testicule irrégulier, indolore, exceptionnellement en galet), il existe, comme nous l'avons vu, d'une part, des formes latentes, inaperçues ; des formes liquidiennes non diagnostiquées, des formes aiguës rares, des associations pathologiques (Syphilis et Blennorragie ; Syphilis et Tuberculose ; Syphilis et Néoplasme ?) ; et surtout des formes *pseudo-néoplasiques*, que l'on prend pour des Néoplasmes et que l'on opère.

Cette opération étant la castration, il importe de se munir auparavant de toutes garanties :

Réaction de Bordet-Wassermann (assez aléatoire), mais surtout le *traitement d'épreuve* (court, intensif, polymédicamenteux) ;

Et la *Biopsie* pour laquelle nous avons essayé de donner une description détaillée de l'aspect macroscopique des testicules syphilitiques.

Malgré tout, comme il existe *des cas ne cédant pas au traitement* (gommes géantes, association pathologique), comme l'exploration sanglante, facile et inoffensive, ne donne pas toujours un arrêt sans appel, comme l'examen microscopique lui-même est quelquefois douteux, le diagnostic dans ces cas reste extrêmement difficile, quasi impossible, et l'erreur est inévitable.

Mais il convient de tout faire — *en particulier traitement d'épreuve systématique* — pour que cette erreur soit exceptionnelle, non préjudiciable au malade et excusable pour le médecin.

Et si maintenant nous assayons de condenser dans une phrase nos conclusions, nous dirions :

1° Toute tumeur des bourses, liquide ou solide, chronique et quelquefois aiguë, doit faire rechercher la Syphilis ;

2° et réciproquement, au cours de la Syphilis secondaire, tertiaire ou latente, acquise ou héréditaire, on doit toujours *explorer l'appareil épididymo-testiculaire !*

Vu : *le Doyen*,
H. ROGER

Vu : *le Président de Thèse*,
E. JEANSELME

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Notre index bibliographique fait suite à l'index de la monographie de RECLUS. Nous y ajoutons par ordre chronologique, toutes les publications parues depuis, ou qu'il n'avait pas signalées. Nous marquerons d'un astérisque les ouvrages ou articles qu'il ne nous a pas été possible de consulter.

Année 1864.

DIDAY. — *Gaz. hebdomad.*

Année 1867.

MIREUR. — Essai sur l'hérédo-Syphilis. Th. de Paris. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1876-1877.

Année 1868.

* VON SIGMUND. — Ueber Erkrankung des Nebenhoden. *Medical Presse z. Wien.*

Année 1872.

PANAS. — *Arch. gén. de Médecine*, 6e série, t. XIX.

Année 1874.

MARIMON. — Th. de Paris.

Année 1880.

* LIÉGEOIS ET BRYSON. — *Wiener Klin. Monatschr.*, p. 149.

Année 1881.

RECLUS. — Fongus syphilitique. *Gaz. hebd., août.*

* *English de* Vienne (article Hoden in *Real Encyclopœdie der gersammten Heilkunde*).

TÉDENAT. — *Montpellier Médical*, Juillet-Décembre. Etude sur les affect. syphilitiques du testicule.

Année 1882.

* Zeissl. — *Lehrbuch für Syphilis.*

Reclus. — *De la Syphilis du Testicule.* Paris (6 planches).

Reynier. — Revue bibl. *Arch. Gén. Méd.*, Mai.

Henriet. — *Tribune Médicale*, 19 Mars.

Verneuil. — Syphilis et Cancer du Testicule, Congrès de Londres

* Haase. — Uber Orchitis Syph.. Th. Berlin.

Année 1883.

Villeneuve. — Fongus bénin du Testicule., *Gaz. hebd.*, N° 6.

Reclus. — Du Fongus bénin du Testicule, *Gaz. hebd.*, N° 2.

Année 1883.

Gosselin. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, N° 14.
Rapport pour le concours du prix Godard, p. 930.

Gosselin et Walther. — Article *Testicule* du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXXIX.

Broca, A. — Obs. de Syphilis testiculaire bilatérale avec gomme épididymaire ou funiculaire. *Gaz. hebd.*

Rohmer. — Le Sarcocèle syphilitique.

L. Brocq. — Syphilis héréditaire, Sarcocèle syphilitique et Gommes de la Langue. *Annales Dermat. et S.*, 280.

J.-L. Championnière. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Mai.

* Bumstead. — On venereal diseases, 5e édition.

Année 1884.

Pascalis. — Epididymite syphilitique. Thèse Paris.

Ozenne. — Th. Paris.

Reclus. — Du Sarcocèle syphilitique. Clinique et Critiques chirurgicales.

* Pinner. — Ueber Epid. Syphilitica. Berlin *Klin. Woch.*, N° 41.

Année 1885.

* Pevry (Allan). — On early Syph. Epid. *Britisch médic. Journal*, 30 Mai.

Reclus. — Sur une forme rare de l'Epididymite syphilitique. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, p. 894.

* Schadek, C. — Zur Casuistik der Syph. Erkrankungen des Nebenhodens. *St. Petersburger Mediz. Woch.*

Année 1886.

Alnitz. — Pachyvaginalite syphilitique. Th. Paris.

Jullien. — Maladies vénériennes.

Cassini. — Th. Paris.

Kirmisson. — Testicule et Epididyme syphilitiques, Hydrocèle. *Gaz. des Hôp.*, N° 87.

Diday. — Epididymite syphilitique.

Année 1887.

Mauriac. — *Bulletin Médical*, 195.

* Kocher. — *Deutsche Chirurgie*, von Billroth und Lcüke, 506, Stuttgart.

Année 1888.

* Rohrbeck. — Uber die Gummiknoten im Hoden. Th. Berlin.

Année 1889.

Comby. — Syphilis héréditaire, Sarcocèle syphilitique. Annales de Dermato et Syphilig, 706.

Camello, Andr. — Della Epid. primitiva Syph. *L'Observatore*, 25 Oct.

Année 1890.

* Stainfort. — Syphilôme du Testicule. *Arch. méd. Belges*, Bruxelles, XI, 361-376.

L. Casper. — *Deut. Mediz. Wochen.*

Cuilleret. — Epididymite syphilitique. Th. Lyon.

Mauriac. — Syphilis tertiaire.

Année 1892.

* Lanzillo, O. — Il fungo S. del Testicolo, 8°, Napoli.

Fournier. — Syphilis tertiaire du Testicule. *Gaz. des Hôpit.*, 217.

Carpenter. — Affection du testicule dans la Syphilis héréditaire *The Practictionner*, September.

Moutaz. — *Dauphiné Médical*, janvier.

Année 1893.

Bogdan. — *Ann. de Derm. et Syphilis*, p. 1213.

Legueu. — Gommes du Testicule. *Bulletin de la Soc. Anat.*, Paris (498-501).

Neye. — Excision of Gummata of the test. recovery, *Lancet*, London, 1127. 1897. — On the operative tratment of gumma t.. *Indian M. Rev.* Calcutta, 1897.

Taylor. — Affection du Testicule dans ses rapports avec la Syphilis héréditaire. *The New York Medical J.*, 18 Nov.

Année 1894.

* Campana-Fracastorius. — Epid. Syphil. Genova.

Thuillier. — Thèse de Toulouse.

Guilost. — A propos de deux cas de Sarcocèle syphilitique. *Montpellier Médical.*

Année 1895.

* Hildebrand. — Ueber luetische auf die Tunica vaginalis propria testis und deren Beziehungen zur Entstehung der Hydrocele. Halle.

Delahaye. — Epid. syphilitique tertiaire. Th. Lyon, Novembre.

Jonnart. — De l'Epididimyte syphilitique tertiaire ou du Syphilôme tertiaire de l'Epididyme. Th. Paris.

* Palermo. — Dell'orchite S. et Tubercolare. Loro diagnosi differenziale, 8°, Napoli.

Reale, Ant. — Sulla Epid. gommosa primitiva. *Giorn. internaz. delle Scienze Medic.*, Napoli.

Darier. — Soc. Franç. de Dermat., 14 Nov. Epididymite syphilitique secondaire.

Année 1896.

* De Miranda. — Testiculo syph. *Tribuna Medica*, Rio-de-J., 241-244.

Neumann. — *Mediz. Chir. Centralblatt* ; Wien, 1896, pp. 85-90.

Année 1897.

Neve. — Voir 1893.

Giovanni-Melle. — Contributo alla Epid. Sifilitica secondaria e gommosa. *Giornale internaz. delle Mal. Ven. et della Pelle*, p. 162.

Année 1899.

Peters. — Ueber Syph. des Hodens und Nebenhodens, 8°, Würzburg.

Seringe. — Le Testicule dans la Syphilis héréditaire. Th. Paris.

Duplay. — Diagnostic des Tumeurs du Testicule, *Presse Médic.*, p. 169.

Sebileau. — Leçons de Chirurgie, p. 182.

Monod et Terillon. — Traité.

Année 1900.

* Federmann. — Ueber das Verhalten des elastichen Gewebes im Hoden bei Tub. u. Syph., in 8°, Göttingen.

Audry. — Sur quelques détails de la structure du testicule syphilitique. *J. des mal. cutan. et syph.* Paris, XII, 669.

Cornil. — Syphilis du testicule. Anat. Pathol.

Gandy. — *Bulletin et mémoire* de la Société médic. des Hôp. Décembre, p. 1236.

Von Baumgartner. — Ueber die histol. differential diagnose zwischen. Tub. und Gummöser orchitis, *Wiener Mediz. Woch.* I, 2209-2215.

Année 1901.

* Andriani. — Sull'Orchita Gommosa.
Gazz. internat. di med. prat. Napoli IX. 45.

D'Amato. — La Syphilis du Testicule. *Boll. d. Mal. Vener. Syph. et d. pelle* Roma, 287-292.

Hamonic. — La Syphilis du Testicule. *Rev. clin. d'androl. et gynécol.*. Paris, 208, 225, 257.

Darier. — Anat. Pathol. de la Syphilis tertiaire. *In* Traité de la Syphilis par *A. Fournier*, t. II, p. 25.

Année 1901.

Ehrmann. — *Arch. für Dermat.*, p. 277.

Année 1902.

Dieulafoy. — Le Testicule syphilitique. *Rev. Génér. de Clin. et Thérap.* Paris, 1902, XVI, 454.

Vasiliu. — Syphilis du Testicule avec fongus. Castration. Guérison. *Spitalul*, p. 467.

Williams, C. — Syphilis du Testicule. *Clin. J.*, London, 4-356.

Neumann. — *Arch. für Derm.* Août, p. 467.

Fournier et Milian. — *Annales de Dermat.*, Mai, p. 517.

Tatusescou. — *Centralblatt f. allg. Pathol.* 6 Octobre, p. 688.

* Micuci. — Clinica Dermo S. p. Roma, Mars.

Legueu, F. — Le noyau épididymaire en clinique. *Journal des Praticiens*, N° 17. Leçons de Clinique chirurgicale.

Aubert. — Cytologie des Hydrocèles. Th. Lyon.

Dalché. — *Bulletin de la Société médic. des Hôp.*, Mai, p. 478.

Bothézat. — Cyto Diagnostic des Hydroc. syph.. *Bulletin de la Sociéte de Méd. et Sc. Nat.*, Jassy, Janv.-Fév.

* Mosquio. — S. génital adquirida en un nino de anos. *Rev. méd.* d'Uruguay.

Année 1903.

Secchi. — Orchi Epid. Blenno. orchite gommosa dello stesso lato. *Gazzetta degli ospedali*, N° 98.

Ducastel. — Fongus syphilitique du Testicule. *Ann. de Dorm. et Syph.* Paris, 832.

Ozenne. — *Journal de Médecine de Paris*, Mars 1903.

Cottenseau. — Contribution à l'étude des orchites Blenno. syph. et tuberc: Thèse. Paris.

Année 1904.

* Paton. — *Polyclinic.* London, VIII-81.

Année 1905.

Albarel. — Le Testicule. Pathol. *Chron. Médic.*, Paris XII-593.

Jeanne. — Sur le Diagnostic de la Syphilis testiculaire. *Normandie Médicale*, p. 175.

Le Filliatre. — Syphilis scléro-gommeuse du Testicule avec fistulisation: Castration. Guérison. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Anat. de Paris.*

* Padoc. — *Polyclinic.* London, IX-121.

P. Guizetti. — *Archiv. f. D. und. S. Bd.*, 75 H. 2 et 3.

Uhlmann. — *M. f. p. D.*, 1er Juillet, p. 10.

Duhot. — *Annales de la Policlinique centrale de Bruxelles*, Juin, p. 121.

Dupré. — Thèse Paris.

Finger et Landsteiner. — *Sitzungbericht der Kais. Akad. der Wiss. in Wien*, vol. 114, p. 497.

Ehrmann. — Sarcocèle syphilitique droit précoce. *Wiener Klin. Wochens.* N° 6, p. 150.

Année 1906.

* Wets Heck. — *Annales de la policlinique centrale de Bruxelles*, Oct., p. 297.

Alglave. — Syphilis gommeuse du testicule avec volumineuse hydrocèle. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, Juillet, p. 534.

* Kudirch. — *Journal russe de Dermat.*, T. II.

Murray. — *Am. J. of. S.*, 13 Nov.

Muren. — S. of the Testicle. *Americ. J. Surg.*, N. V., 364

Fouquet. — Tréponème pâle dans testicule de nouveau-né syphilitique *Comptes rendus Acad. Sciences.*

Année 1906.

Finger et Landsteiner. — *Sitzungbericht der Kais. Akad. des Wissen in Wien*, Vol. 115, p. 179.

Hallopeau. — Sur la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique. *Bulletin Soc. Franç. Dermat. et Syph.*, p. 289.

Michael, C. — Ueber Orchitis und Epid. S., 8° Rostock.

* Steiner. — *Orosi Letil.* Budapest, 865.

Chevassu. — Tumeurs du Testicule. Thèse Paris.

* Robinson. — Diffuse interst. Syphilis orchitis. Tr. Path. Soc. London, XVII, p. 146.

Année 1907.

Debrie. — Lésions complexes du Testicule, de ses annexes et de ses enveloppes. *Arch. médec. et ph. milit.*, p. 222.

Malherbe. — Sarcocèle syphilitique. *Gazz. Médic. de Nantes* (701-711).

Jeanselme. — Orchite lépreuse. *Presse Médicale.*

Butchkus. — Ueber Lues des Hodens. Th. Halle.

Année 1908.

Horand. — Syphilis et Cancer. Thèse Lyon.

Massabuau. — Orchite syphilitique à début inflammatoire. *Montpellier Médical*, p. 975.

Westermann. — Orchite syphilitique à début inflammatoire. Th. Toulouse.

Grouven. — Niederrheim Ges. fur Natur u. Heilk. Bonn, 18 Mai.

Parounagian. — Recurrent gummata of the Epid. *J. of C. D.*, Avril, p. 181.

Gaucher et Bory. — Tuberculose ou Syphilis testiculaire. *Bull. Soc. Derm. et Syph.*, Paris, p. 158.

Année 1909.

* Schuttleworth. — Gommes du testicule. *Canad. Pract. et Rev.*, Toronto, p. 618.

Marfan.

Levaditi. — Syphilis. Paris, p. 57.

Tourneux et Bosq. — *Toulouse Médical*, XI, p. 267.

* Roth. — *Orvosihe hilap*, N° 11.

Grünfeld. — Gumma des Hodens. *Arch. für Derm.* Mai, p. 98.

Pedersen. — *Medical Record*, 8 Mai, p. 825.

Williams. — S. orchitis and arthritis. *J. of C. D.*, Oct. p. 458.

Uhlenluth u. Mülzer. — Syphilis expérimentale. Arb. a. d. k. Berlin. *Centralblatt f. Bacteriol*, Jena.

Zanotti. — Un cas de fongus syphilitique du Testicule. *Gazz. internat. di Med.*, Napoli, 73.

* Ito. — Un cas de Syphilis épididymaire *Japan Zeitschrift für Dermat. u. Urol*, Fév., p. 130.

Ossola. — *Boll. d. Soc. Med. Chir. di Pavia*, p. 399.

Mezincescou. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 8 Juillet, N° 27.

Année 1910.

Schwaab. — Hydrocèle vaginale congénitale dans ses rapports avec l'hérédo-syphilitique. *Journal de Médecine Interne*, N° 10, p. 103.

Ravogli. — Diagnostic différ. entre Epididymite gonococcique et Syphilitique. *Archives of Diagnosis*, N. Y., Octobre.

Bruckner et Galacesco. — Orchite syphilitique chez le lapin par culture impure des spirochètes. *Comptes rendus Société de Biologie*, LXIII.

Koch. — Syphilis expérimentale du Testicule. Berlin, *Klin. Wochenschrift*, 25 Juillet 1904.

Roques et Amigues. — Fongus syphilitique du Testicule. *Toulouse Médical*, 7, 11.

G. Fränkel et Kumpel. — Atlas d'Anat. Pathol.

Année 1911.

Mascarhénas. — Contrib. à l'Etude du Cancer du Testicule. Th. Paris.

Sabrazès et Dubourg. — *Gazette hebdomad. des Sciences Médic.*, Bordeaux, 15 Janvier.

Venot. — Syphilis du scrotum et du testicule. *Bull. et Mém. Soc. méd. chir.*, Bordeaux, p. 32.

Delphy. — Les rapports de la Syphilis avec quelques glandes à sécrétion interne. Th. Paris.

Scheuer. — Azoospermie et Syphilis. *Deutsche Mediz. Woch.*, N° 43.

Noguchi. — Production d'orchite syphilitique chez les lapins par culture pures de tréponème. *Presse Médicale*, 9 Août.

Année 1912.

Gaucher. — Hérédo-Syphilis (Leçons sur). *Progrès Médical*, Février.

* Libermann. — Société de Syphiligraphie et Dermatologie. Tarnowsky. Petrograd, 27 Oct.

Iacobovici. — Un cas d'Epididymite syphilitique. *Spitalul*, p. 360.

Vignard. — Testicule syphilitique. *Gaz. Médic.* de Nantes.

Ossola. — Atti di Congr. internaz. d. pathol., Torino.

Année 1913.

Cornil et Rauvier. — Traité d'Histologie Pathol.

Barraud. — Traitement de la Syphilis du Testicule par le 606 et le 914. Th. Paris.

Murphy. — Gummatous tumor of the testicle. *Surg. Clin.*, Chicago, 1197.

Chevassu. — La Syphilis du Testicule. *La Clinique*, 5 Sept.

* Vuillet. — Société vaudoise de Médecine, 6 Déc.

Jeanbrau. — *Précis de Pathol. chirurgic.*, p. 74-82 (Masson).

Année 1914.

Colleville. — Sur un cas de syphilo-tuberculôme testiculaire. *Union Médicale du N. E.*, Reims, 137.

Dufour et Thiers. — Considérations pathogéniques sur l'hydrocèle dite idiopathique de la tunique vaginale. Son étiologie syphilitique. Soc. Méd. des Hôpit. Paris, 23 Janvier.

Truffi. — Syphiloma tardivo del T. de coniglio. *Giornale ital. d. mal. vener.*, Milano, 328.

Année 1916.

Wile. — Demonstration of a case of gumma of the testis associated with tabes *J. Michig. N. Soc., Grand Rapids, XV*-197.

* Zigler. — Testicular S. with particular reference to gumma, *N. York Med. J.*, p. 998.

Symmers, D. — *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, XVI, 1457.

Michelson.

Le Dentu, Delbet. — Traité XXXII, p. 487.

Année 1917.

Hoffmann. — *Zeitschrift für Geburtshilfen u. Gynaecol.*, vol. IX, p. 161.

Ravogli, A. — S. of the testis. *Urol. et cut. Rev. St-Louis*, XXI, 313.

Vaglio. — Contribution à l'Etude de l'hydrocèle des nourrissons. *La Pediatria*, Avril.

* Handly. — S. of the testis. *South Pract.*, Nashville, XXXIX, 470.

Année 1918.

LYSSER A. HINMANN. — *Americ. J. S.*, p. 465.

DARIER. — Titres et Travaux scientifiques (Masson).

Année 1919.

LEBRETON. — Un cas de Syphilis du Testicule. *Rev. de Chir.*, Paris, 762. — Congrès d'urologie, 1919.

SCHAPIRA. — S. of the testis. *Urol. cut. Rev.*

HERMAN ET KLANDER. — *Americ. J. S.*, XXIII.

HOCH, CH. — Recherche du Tréponème dans le sperme. Thèse Paris.

Année 1920.

HERMAN. — S. of the testicle. *Am. J. Sc.*, Philadelphie, 705.

GUILLAUME, LOUIS. — Diagnostic clinique des tumeurs du testicule. *Archives médico-chirurg. de province*, Février.

THOMPSON. — S. of the genital organs, etc., *Am. J. Syph.*, St-Louis, 706.

M. PINARD ET HOCH. — Présence du Tréponème dans le sperme. Soc. Méd. des Hôp. (Séance du 28 Mai).

CARLE. — *Presse Médic.*, 24 Avril.

PINARD, M. — Présence du Tréponème dans le sperme. *Paris Médical*, Mars, N° 10.

Année 1921.

ZEISSL. — Orchite syphilitique simulant une néoformation.

CL. SIMON. — *Bull. Soc. Fse Dermat. et Syph.*, p. 193.

KLANDER ET KOLMER. — Réaction de Wassermann pratiquée sur sécrétions, etc... *The Jour. of the Americ. Assoc.*, 11 Juin, p. 1635.

Année 1922.

MIBELLI, A. — Sarcocelo S. in un giovanne eredo-syph. de 17 anni. *Sperimentalo*, Firenze, T. XXVI.

CASPER. — Diagnostic et traitement des affections du testicule et de l'Epididyme. *Deutsche Mediz. Wochens.*, Berlin, September.

NANTA. — Séminôme sur syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, Paris, p. 617.

SALÈS ET VALLERY-RADOT. *Bull. de la Soc. de Pédiâtrie*, 19 Décembre.

FRASER. — S. of the test. confined of the Epid. *Brit. J. Dermat.*, London, p. 195.

MANDL. — Zur Frage der chronischen nicht spezifischen Hoden und Nebenhoden Entzundung. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, Leipzig, p. 416.

GOUEZ. — De l'étiologie syphilitique de certaines hydrocèles essentielles. Th. Paris.

UHLENLUTH. — Recherches expérimentales sur la Syphilis. *Medizinische Klinik*, Berlin, N^{os} 38, 39, 40.

Année 1923.

JEANSELME ET TERRIS. — Dystrophie testicul. et Syphilis. *La médecine*, Nov.

DELBET. — Lésions testicul. *Rev. gén. clin. et de thérap.*, p. 389.

SALÈS ET VALLERY RADOT. — Hydrocèle vaginale du nourrisson et Syphilis héréditaire *Nourrisson*, Septembre et *Presse Médicale*, 9 Mai.

BERNARD ET PINCHARD. — Orchite syphilitique tertiaire et Hydrocèle. *Bruxelles médical*, 18 Octobre.

CHEVASSU. — Diagnostic schématique des lésions chroniques du Testicule et de ses annexes. *J. de Méd. et de Chir. pratiques*. 25 Fév.

CARLE. — *J. de Médecine* de Lyon, 5 Mars.

THIEBIERGE ET LACASSAGNE. — Inoculation expérimentale de la Syphilis. *Ann. Dermat. et Syph.*, p. 497.

Année 1924.

CL. SIMON, BALZER, MILIAN ET M. PINARD. — *Bull. Sté Franç. Dermat. et Syph.*, p. 111.

P. VALLERY-RADOT ET SALÈS. — Hydrocèle syphilitique des nourrissons. *Paris méd.*, 24 Mai. *Nourrisson*, Mars.

LEVADITI, MILIAN ET M. PINARD. — La Syphilis dans ses rapports avec la Reproduction. Conférences de Baudelocque.

MAC DONAGH. — Epididymite syphilitique. *J. of Urology*, N. Y., Juillet.

Année 1925.

CL. SIMON. — Azoospermie. *Presse Médicale*, 5 Sept.

OUDART ET JEAN. — Epididymite tertiaire. *Presse Médicale*, 23 Décembre.

MAGEE. — A unic case of coexistent tub. and Syph. in the genital gland. *J. Am. M. Ass.* Chicago, p. 179.

HABERLAND. — Recherches expérimentales. *Archiv. für klin. Chirurgie*, Berlin, 15 Mars.

P. CARTIER ET H. GODARD. — De la nature tuberculeuse de certaines hydrocèles dites essentielles. *Revue de Chirurgie*, Paris.

STROMINGER (de Bucarest). — Hydrocèle syphilitique. *Journal d'Urologie*, Paris.

LOUSTE. — Leçons sur la Syphilis génitale. Cours de perfectionnement Saint-Louis.

ROSTAINE
P. FERNET
E. FOURNIER
Syphilis (I et II) in Traité Sergent, R. Dumas et Babonneix.

CARLE. — Traité de maladies vénériennes.

HUTINEL. — Hérédité syphilitique (Traité).

LOUIS PEARCE. — Therapeutic action of Potassium iodid. in experim. S. of the Rabit. *Archives of. D. and S.*, July.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

HISTORIQUE 9

I. Avant Reclus 9

II. Après Reclus 11

SYPHILIS EXPÉRIMENTALE DU TESTICULE 12

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 15

Examen macroscopique 16

A. Gomme typique 16

B. Gomme du début 17

C. Gomme ramollie 18

D. Fongus 18

E. Atrophie scléreuse 18

F. Annexes 19

Examen microscopique 21

Testicule 21

Tissu conjonctif 22

Vaisseaux 23

Tubes séminifères 24

Masses caséeuses 25

Fongus 26

Annexes : Cordon 26

Syphilis héréditaire 27

Physiologie pathologique et Pathogénie 28

GÉNÉRALITÉS 31

ORCHI-EPIDIDYMITE SYPHILITIQUE 33

Etiologie 33

A. *Causes essentielles* 33

a) Fréquence 33

b) Date d'apparition 36

c) Age 37

d) Tempérament 37

e) Terrain 38

f) Climat 38

B. *Causes occasionnelles* 39

SYMPTOMES 4

Forme Type de Description (F. nodulaire diffuse) 41
Observation 1 41
1° Début 42
2° Signes physiques 43
a) Téguments 43
b) Vaginale 43
Sèche 43
Exsudative. Hydrocèle 44
c) Testicule 47
d) Epididyme 49
e) Cordon 51
f) Bilatéralité 52
3° Signes fonctionnels 54
Douleurs 54
Désirs vénériens 55
Spermatogénèse 55
Formes cliniques 57
I. Forme atténuée ou latente 57
Observations 2, 3, 4, 5, 6 . . . . . 58 59
II. Forme liquidienne 59
Observations 7-15 . . . . . 60 62
III. Forme hypertrophique ou pseudo-néoplasique 63
Observation 16 63
IV. Forme aiguë 64
Observations 17-20 . . . . . 64 67
V. Forme subaiguë 68

EVOLUTION 69
Traitée 69
Non traitée 69
Gomme 70
Fongus 71
Atrophie scléreuse 73

EPIDIDYMITE SYPHILITIQUE 75

EPIDIDYMITE SECONDAIRE 75
Forme diffuse 78
Forme nodulaire 79
Evolution 81
Importance 82
Discussion 83
Observations 23-24 . . . . . 84 85

EPIDIDYMITE TERTIAIRE 85
Observation 25 87

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DU TESTICULE 90

I. Syphilis héréditaire précoce 91

Forme typique 91

Formes classiques 92

Forme gommeuse 92

Forme liquidienne (Hydrocèle des nourrissons) 93

Observations 26 93

Conséquences 95

Observation 27 96

II. Syphilis héréditaire tardive 97

2e enfance. Observation 28 97

Puberté.

Observations 29 et 30 98

Observation 31 100

III. Lésions para-syphilitiques héréditaires du testicule . . . 100

Observation 32 101

SYPHILIS OCCULTE DU TESTICULE.

Définition 102

I. *Présence du Spirochète dans le Sperme* 103

A. Inoculation 103

B. Recherche directe 104

Discussion 106

C. Preuves cliniques 108

II. *Modification des Spermatozoïdes* 108

A. Altérations. — Cacozoospermie 108

B. Diminution. — Oligozoospermie 109

C. Suppression. — Azoospermie 109

III. *Dystrophie testiculaire* 111

Syphilis occulte héréditaire 112

1° Présence du Trépomène *dans le Testicule* 112

2° Azoospermie. Observation 33 112

3° Dystrophie testiculaire congénitale 114

Pathogénie 114

Importance 116

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES 119

Généralités 119

Syphilis et Blennorragie 122

Observation 34 122

Syphilis et Tuberculose 123

Observation 35 123

Syphilis et Orchi-Epididymite urinaire ou infectieuse en général 126

Observation 36 126

Conclusions 127

Syphilis et Cancer du Testicule 128

Observation 37 130

DIAGNOSTIC 133

Généralités.
1° *Cas faciles* 137
Orchi-Epididymites syphilitiques typiques 137
2° *Cas difficiles.*
A. *Formes liquidiennes* 139
1° Hydrocèles symptômatiques. 139
2° Hydrocèles essentielles 140
B. *Formes hypertrophiques* 141
a) Néoplasme. 141
Traitement d'épreuve 142
Exploration sanglante 143
b) Hématocèle 145
C. *Formes moyennes et typiques* 147
a) Pachyvaginalite 147
b) Gros Epididyme 147
D. *Orchi-Epididymites syphilitiques à prédominance épididymaire*. 150
E. *Epididymites tertiaires isolées* 151
3° *Cas impossibles* 152
Formes aiguës 153
1° Epididymite secondaire 153
2° Orchi-Epididymite 154
Formes fistulisées, ... 155
Fongus 160
Atrophie scléreuse 160

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC. 161

PRONOSTIC. 164

TRAITEMENT. 167

I. *Médical* 167
A. Iodure de Potassium 167
B. Mercure. 168
C. Arsenicaux. 168
D. Bismuth. 169
Traitement d'épreuve 171
Résultats 171
II. *Chirurgical*. 173

OBSERVATIONS. 175

I. *Orchi-Epididymite typique* 175
Observations 41-52 . . . . . 175 180
II. *Orchi-Epididymite atténuée* 181
Observation 53 181
III. *Formes liquidiennes*. 181
Observations 54-56 . . . . . 181 183

IV. *Orchi-Epididymite fistulisée* 184
Observation 57 184
V. *Fongus* 184
Observations 58-60 . . . . . 184 187
VI. *Orchi-Epididymite syphilitique à prédominance épididymaire* . . . 189
Observation 61-63 . . . . . 189 190
VII. *Epididymite secondaire* 191
Observations 64-72 . . . . . 191 195
VIII. *Epididymite tertiaire* 195
Observations 73-75 195
IX. *Syphilis héréditaire* 196
Observations 76-80 . . . . . 196 199
X. *Forme pseudo-néoplasique* 200
Observations 81-84 . . . . . 200 204
XI. *Forme ne cédant pas au traitement* 204
Observations 85-86 . . . . . 204 205
XII. *Cas de Diagnostic impossible* 206
Observations 87-94 . . . . . 206 211

CONCLUSIONS 214

BIBLIOGRAPHIE 217

IMPRIMERIE CHANTENAY, PARIS. — JUIN 1926